



Health
Canada

Santé
Canada

*Your health and
safety... our priority.*

*Votre santé et votre
sécurité...notre priorité.*

CA1
HW
-2007
B72



Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-Speaking Communities

Report to the Federal Minister of Health



Canada 



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115562399>

“BUILDING ON THE FOUNDATIONS –
WORKING TOWARD BETTER HEALTH
OUTCOMES AND IMPROVED VITALITY OF
QUEBEC’S ENGLISH-SPEAKING
COMMUNITIES”

REPORT TO THE FEDERAL MINISTER OF HEALTH

SUBMITTED BY
THE CONSULTATIVE COMMITTEE FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY
COMMUNITIES

AUGUST 2007

REPORT TO THE FEDERAL
MINISTER OF HEALTH

Prepared by the
Consultative Committee for
English-Speaking Minority Communities

With the support of the
Official Language Community Development Bureau,
Health Canada
Postal Locator 1903C
Jeanne Mance Building, Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario K1A 0K9

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2007

Catalogue No. H21-295/2007E
ISBN: 978-0-662-46436-5

The Honourable Tony Clement
Minister of Health
House of Commons
Ottawa, Ontario K1A 0A6

Honourable Minister:

As Co-Chairs of the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities, we are pleased to submit the present report for your consideration.

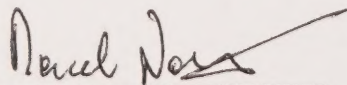
The first report of the Consultative Committee was presented in July 2002 and provided an overview of the situation of the one million Anglophones in Quebec with respect to their demographic characteristics and their access to health and social services. It also provided recommendations to improve access to health services in English in Quebec, most of which were funded and implemented over the 2003-04 to 2007-08 period.

This second report takes stock of changes in English-speaking minority communities since the first report, outlines the evolution of the Quebec health and social services system, and summarizes the results of initiatives taken to improve access to health services in English across Quebec over the last five years. The report also assesses the current health needs and priorities of English-speaking minority communities and provides a series of recommendations to build on progress to date and achieve better health outcomes for Anglophone minorities in Quebec.

This report is the product of collaboration among community members and organizations as well as health professionals and institutions. The engagement of these diverse stakeholders demonstrates their ongoing commitment to improving both the health outcomes and the vitality of English-speaking minority communities in Quebec.

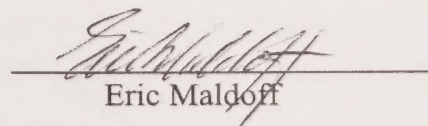
We would be pleased to meet with you to present our report and discuss future steps to support English-speaking minority communities in the health sector.

Yours sincerely,



Marcel Nouvet

Co-Chairs



Eric Maldoff

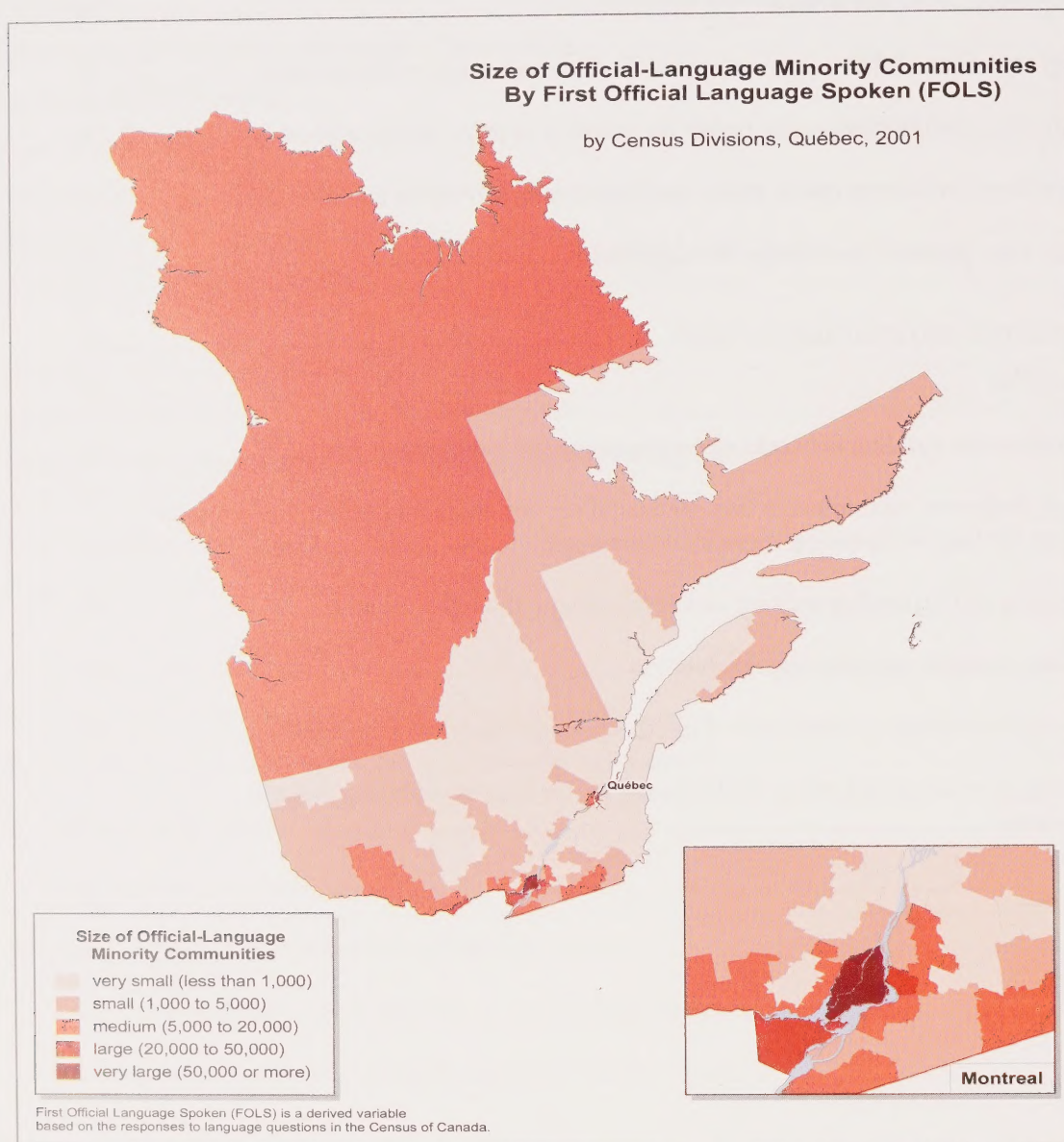
TABLE OF CONTENTS

THE ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES OF QUEBEC	6
SUMMARY	9
Meeting the new priorities of Canada's Government	9
Updating the 2002 strategy	9
Community context.....	10
Building foundations: results of the 2002 strategy	11
Blueprint for action: strategies for results.....	13
Priorities and recommendations.....	14
INTRODUCTION.....	19
Meeting the new priorities of Canada's Government	19
Mandate of the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities (CCESMC)	20
The Committee's 2002 Report.....	21
Updating the 2002 strategy	22
COMMUNITY CONTEXT	23
The importance of health and social services in English	23
Portrait of the vitality of English-speaking minority communities.....	24
Demographic vitality	24
Determinants of health status	26
Evolution of Quebec's health and social services system	31
Impact of system reforms on institutions serving English-speaking people	31
The new context of Quebec's health and social services system	32
BUILDING FOUNDATIONS: RESULTS OF THE 2002 STRATEGY	34
Activities funded by the federal Action Plan	35
Building the foundations: Networking and cooperation.....	35
Building the foundations: Primary health care	39
Building the foundations: Training and human resources development	42
Activities not funded by the federal Action Plan.....	49

Building the foundations: Research and strategic information.....	49
Building the foundations: Technology	50
Building the foundations: Population Health	51
BLUEPRINT FOR ACTION: STRATEGIES FOR RESULTS.....	53
Strategy one: Consolidating new networks of communities and public partners.....	53
Strategy two: Five strategic entry points for action to improve health outcomes	54
Strategy three: Informing public policy and influencing government actions	58
Strategy four: Strategic knowledge development.....	59
NEEDS, PRIORITIES AND RECOMMENDATIONS	61
Intervention Plan.....	61
Maintaining and building networks of communities and public partners	61
Strategic long-term investment in new models of service organization to improve health outcomes for English-speaking minority communities	62
Maintaining and expanding training and development of human resources	63
Promoting research and strategic information.....	65
Promoting technology to better serve English-speaking minority communities.....	66
Promoting population and public health strategies for English-speaking minority communities	67
BIBLIOGRAPHY	68

THE ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES OF QUEBEC

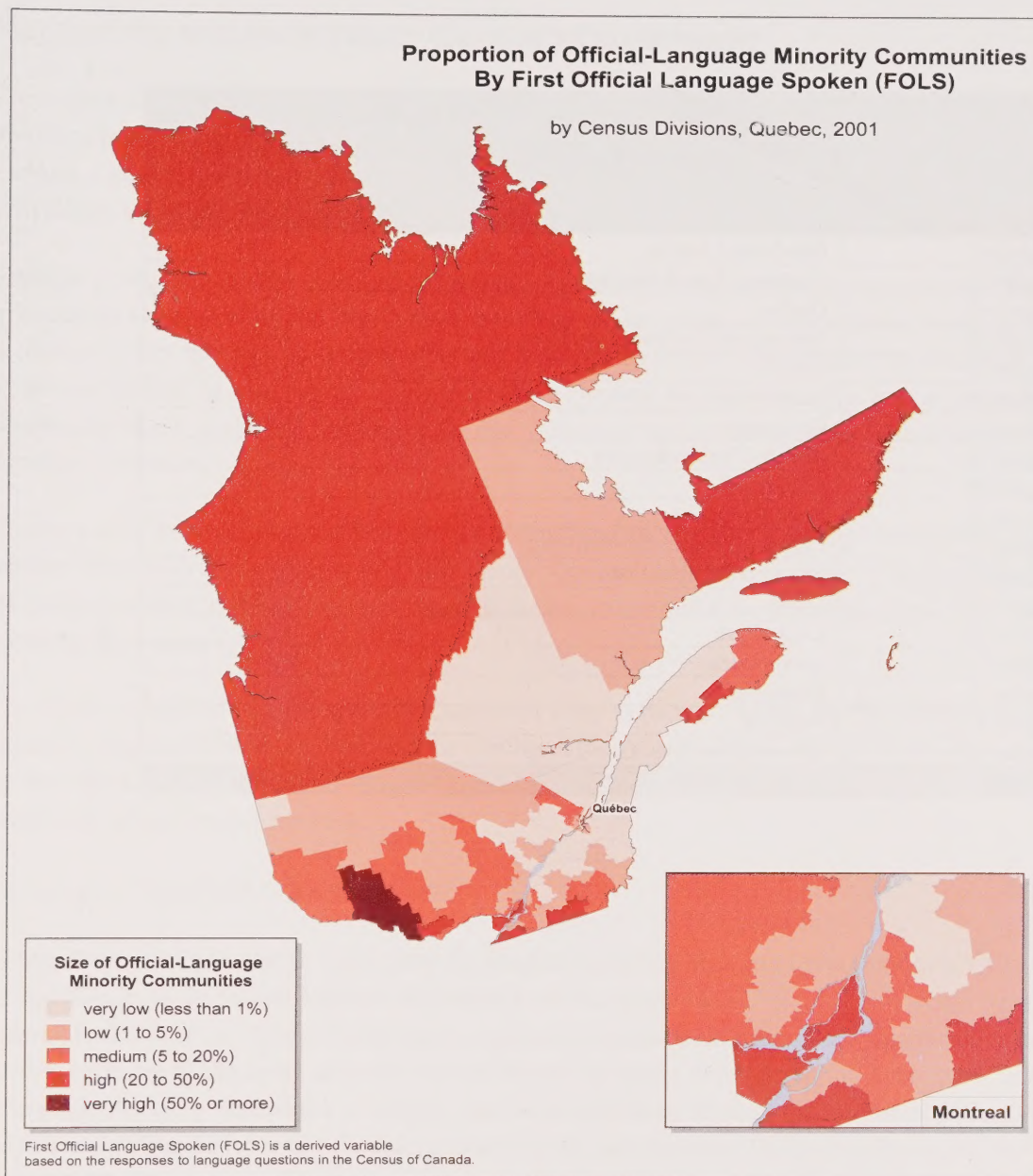
THE SIZE OF QUEBEC'S ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES¹



Map produced by: Research Team, Official Languages Support Programs, Canadian Heritage, October 2006

¹ The large red region in the upper left-hand side includes the Cree and Inuit populations.

QUEBEC'S ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES AS A PROPORTION OF THE POPULATION OF ITS REGIONS²



Canada

Map produced by: Research Team, Official Languages Support Programs, Canadian Heritage, October 2006.

² The large red region in the upper left-hand side includes the Cree and Inuit populations.

QUEBEC'S ENGLISH-SPEAKING POPULATION BY ADMINISTRATIVE HEALTH REGION, 2001³

Quebec Administrative Health Region		English-speaking people (First Official Language spoken)
Region 01	Bas-Saint-Laurent	820
Region 02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1,765
Region 03	Québec	11,065
Region 04	Mauricie et Centre-du-Québec	4,885
Region 05	Estrie	23,390
Region 06	Montréal	563,940
Region 07	Outaouais	53,945
Region 08	Abitibi-Témiscamingue	5,315
Region 09	Côte-Nord	5,740
Region 10	Nord-du-Québec	310
Region 11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	9,740
Region 12	Chaudière-Appalaches	2,685
Region 13	Laval	53,385
Region 14	Lanaudière	8,215
Region 15	Laurentides	30,565
Region 16	Montréal	129,125
Region 17 ⁴	Nunavik	5,225
Region 18 ⁵	Terres-Cries-de-la-Baie-James	8,850
TOTAL		918,965

³ According to First Official Language spoken. J W COMM for the Community Health and Social Services Network, 2001 Census of Canada.

⁴ Primarily Inuit population.

⁵ Primarily Cree population.

SUMMARY

MEETING THE NEW PRIORITIES OF CANADA'S GOVERNMENT

The Report affirms the identity of Quebec's English-speaking communities in the context of Prime Minister Stephen Harper's declaration of the government's commitment to Official Language Minority Communities at Embrun, Ontario, in March 2007. The Report sets out a blueprint for new federal action reflecting the Minister of Health's key priority of improving the health of specific population groups.

Strategic points of entry are identified in Quebec's health and social services system through which new federal investments aiming to improve health outcomes of particular groups such as children, youth and seniors can contribute to key intervention programs serving local populations in new community-based services. The additional hurdles for a vulnerable English-speaking clientele are identified. The Report states that the Quebec community-based model is a framework for new federal action supporting areas such as mental health and substance addiction.

Timely access to specialized medical care for distant English-speaking minority communities is cited as a priority. New federal resources would help support Quebec's initiative to create 'corridors' of access to specialized medical services to ensure equitable access to treatment for the whole population, including English-speaking Quebecers.

The Report states that English-speaking Quebecers work as partners within Quebec's health and social services system to improve health outcomes and the vitality of their communities. The intent is not to create a parallel system, but to ensure services for English-speaking people are fully integrated into the new context of Quebec's health and social services network.

UPDATING THE 2002 STRATEGY

In July 2002, the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities (CCESMC) submitted its first Report to the federal Minister of Health. Five levers were identified, three of which were funded by the federal *Action Plan for Official Languages*: community-institutional networking, adaptation of service delivery models (primary health care), and training and human resources development. In 2006, the Committee approved a Strategic Planning Framework to identify long-term actions to advance the recommendations of the first Report and define the priorities for federal action in the period ahead. The present Report to the Minister updates the portrait of English-speaking minority communities and describes the new context of Quebec's health and social services system. The Report reviews the results of the federal Action Plan measures, noting implementation challenges, and reports on the results of other actions not included in the Plan. A blueprint for action is presented as a framework for proposing six levers grouping 20 recommendations of an Intervention Plan. The Plan addresses new challenges with respect to ensuring the health and well-being of English-speaking minority communities.

COMMUNITY CONTEXT

Demographic and health determinant characteristics

The Report reinforces the importance of health and social services in English, citing the role of language and culture in the range of factors affecting the health status of English-speaking minority communities. A summary of the impact of demographic trends as well identified barriers to access reinforce the view of service providers and community organizations that access for English-speaking people must be a high priority of the public system.

An evidence base is presented as a basis for identification of community needs and priorities for action. The portrait of the vitality of English-speaking minority communities describes the most recent information on demographic and health determinant characteristics. The portrait shows a general demographic decline of communities in most regions, with dramatic decline in certain areas. The phenomenon of aging communities and loss of adult-aged members traditionally providing social support is identified. The importance of income as a health determinant is underscored with a presentation of vulnerable groups living with low income. The portrait of low income is generalized across the regions and points to the relative disadvantage of many English-speaking minority communities when compared to the French-speaking majority. A link is also made between low educational attainment and geographic isolation.

English-speaking minority communities generally experience higher unemployment rates than the Francophone communities of their regions. The employment gap is dramatic in about half of the administrative regions. In the national context, English-speaking minority communities are second after New Brunswick with respect to high jobless rates relative to adjacent majority communities.

The Report identifies the vulnerability of English-speaking minority communities with respect to social environments and social support networks. The evidence points to a weaker sense of belonging to local communities, when compared to other groups. The belief that the future of English-speaking minority communities is threatened is prevalent, and indications of youth out-migration are identified. The phenomenon of significant recourse to family and friends in the case of illness is described; along with the dramatic rates of unpaid care of seniors in English-speaking minority communities, when compared to other groups.

A revealing national portrait of use of health services by official language minorities and majority groups is presented. The study reveals that English-speaking minority communities scored lower than all other groups with respect to having a regular doctor, use of hospital services and difficulty getting care from a specialist. The study also noted significant differences with regard to rating of quality and satisfaction with health care and community-based services.

The extent of access to the range of health and social services in English is described, noting regional disparities. The portrait defines for the first time the degree of access to services in the eastern sector of Montreal. The phenomenon of underrepresentation of English-speaking professionals in the Quebec health and social services system is identified.

Evolution of Quebec's health and social services system

The impact of system reforms on institutions serving English-speaking people is presented. Changes to the mandates of historical institutions serving the community are described, along with the reality of obtaining services in English from Francophone institutions in regions outside Montreal. The problems of access to English-language services in eastern Montreal are highlighted. While the challenge of community mobilization to address persistent gaps in access remains, new orientations of Quebec's system, along with the federal investments through the Action Plan, are developments creating conditions to improve access to the range of services.

The major features of the Quebec reforms are presented and include the creation of 95 local services networks, along with integrated university health networks to facilitate access to ultra-specialized medical services and coordinate teaching, research and training.⁶ The new public health strategy is also cited as a feature of reform. The important role of clinical and organizational projects as a complementary feature of approved access programs for services in English is highlighted. The timing of reform of Quebec's health and social services system with the federal Action Plan investments presents an opportunity to develop long-term formal relationships between English-speaking minority communities and service providers. Continued cooperation between the two levels of government and recognition of English-speaking minority communities as full partners are other conditions identified in order to successfully address future challenges.

BUILDING FOUNDATIONS: RESULTS OF THE 2002 STRATEGY

Networking and cooperation

The Report describes the 11 formal networks bringing together English-speaking minority communities and service providers. The outcomes of network activity include production of a knowledge base for each network; more community participation in the health and social services system; identification of the needs and priorities of English-speaking minority communities; better coordination of various actors involved in adapting services; recruitment and coordination of volunteers, development of information and referral mechanisms; and stage-setting for longer term structural reorganization and development of new services.

Three challenges for ensuring ongoing viability of networks are noted. Sustainability of networks is dependent on the ongoing commitment of public partners and the ability of communities to secure their capacity to maintain the community coordination role. Community governance is at the heart of each network. It must function in a manner not to duplicate institutional governance structures or transfer the community agenda to public structures that risk marginalizing interests of English-speaking minority communities. Vulnerable communities pose a third challenge, as current networks cover only 21% of the English-speaking population. Some of these communities do not have the capacity to mobilize to participate in a networking initiative.

⁶ An "integrated university health network" is known in Quebec as a "RUIS", or "réseau universitaire intégré de santé".

Primary health care

Service providers and community organizations involved in 37 projects affirm that conditions of access to health and social services for English-speaking minority communities improved leading to an increased demand for services. Projects are strengthening the capacity of public institutions to serve English-speaking minority communities. There is an increase in personnel capable of providing services in English; services are better adapted to respond to need; and there is increased knowledge of community needs. English-speaking people are becoming more informed of services and there are strengthened ties between community organizations and service providers.

The challenges include the need for strategies to sustain the results of investments through the clinical and organizational projects; which are at the heart of the new populational approach to providing services. Given the complexity of service reorganization and structural change, a new strategy for investment needs to take into account the multi-year, multi-step reform of Quebec's health and social services system.

Training and human resources development

The Report describes the importance of the role of McGill University as the organization responsible for the measure, as it is the only English-language educational institution offering the complete range of professional degree programs in the health and social services fields. The university adds the important dimension of research to the different initiatives of training and human resources development working within Quebec's health and social services system. Five areas of project activity carried out in 2005-2006 are presented which include English second language training for over 1,400 Francophone professionals; the 22 pilot internship partnerships to retain professionals in the regions; the provision of public health programs by Telehealth to 11 isolated communities; the development of a distance professional support program; and the establishment of an inter-university research team.

The challenges include the integration of language training into the human resources development priorities of Quebec's health and social services system, as well as adaptation of internship practices to ensure public institutions continue to recruit English-speaking professionals. It is also important that these professionals have adequate French-language skills.

Youth out-migration and underemployment of English-speaking people in Quebec's health and social services system are cited as priorities for targeted action to bolster the capacity of English-language professional degree programs in the health and social services fields to recruit English-speaking youth at the high school and community college levels into their programs.

An organizational challenge for Telehealth serving English-speaking minority communities relates to the stretched capacity of the current telecommunications system to serve as a platform for distance service delivery. A second challenge is ensuring that designated 'corridors' of service provided by the integrated university health networks do not impede access to Telehealth programs for English-speaking minority communities.

Other areas of activity not funded by the federal Action Plan

The Report describes activities in the area of research and strategic information. Initiatives of strategic knowledge development led by community organizations are presented, as well as a community partnership with McGill University to develop research orientations with respect to English-speaking minority communities. There is a key challenge of mobilization of key actors in a domain not recognized as a priority field of research.

With respect to application of technology to improve access to services, the Report notes that the Telehealth initiative involving the Community Health and Social Services Network, McGill University and the McGill University Health Centre requires a sustainability plan to introduce the model as a cost-effective way to deliver public health programs to distant English-speaking minority communities. Similarly, the Community Learning Centre pilot projects (using schools as service delivery points) require validation as a means to receive distance community support programs before investment can be increased to extend the model to other communities.

Community health promotion strategies supported by the Public Health Agency of Canada have strengthened the capacity of target communities to map health determinants to improve collaboration between communities, planning authorities and service providers. New knowledge on English-speaking minority communities was created, the social economy was tested as a model to develop services and a provincial forum brought together stakeholders involved in initiatives to improve access to health and social services for English-speaking minority communities. The challenge is positioning the communities for future investments aligned with the new Quebec Public Health Plan and an emerging national public health strategy.

BLUEPRINT FOR ACTION: STRATEGIES FOR RESULTS

The Report presents four linked strategies to serve as the foundation of the proposed Intervention Plan, which aims to improve health outcomes and the vitality of English-speaking minority communities in the period ahead.

Strategy One: Consolidation of new networks of communities and public partners

Formal networks are a key to sustaining improvements in access and effecting the organizational changes in the system to meet long-term goals. Engagement of the community's historical institutions is an element of sustainability. The openness of the health and social services system to addressing the needs of English-speaking people is evident in the willingness of public partners to enter into functional relationships with communities. The provincial network is a key actor linking different actors and developing collaborative relationships with government and institutional stakeholders, such as McGill University.

Strategy Two: Five strategic entry points for action to improve health outcomes

The current stage of reform of the Quebec health and social services system presents new opportunities to introduce measures of improvement of health outcomes for English-speaking communities. Targeting points of entry is seen as an effective way to ensure actions achieve organizational change. Incubation of new service models is one entry point that favours development of service models in innovative organizations with a view to introducing them (or adaptations of them) into the health and social services system.

A second entry point is broad system intervention that promotes system-wide changes having a structural or long-term impact on access to English-language services. Examples are the Info-Santé program (health information line) and client tracking systems. Another entry point is the adaptation of clinical and organizational projects which develop services reflecting the characteristics and needs of the population of a given territory. This is a key entry point, as it provides the local program framework for federal investments in the new priority areas that would contribute to the initiatives of Quebec's community-based service network. The fourth entry point is the adaptation of service 'corridors' of the integrated university health networks to ensure English-speaking patients can move from one tier of medical services to another and be served in English. New federal resources in this area would contribute to Quebec's efforts to ensure timely access to specialized medical services for the whole population, including English-speaking communities. And lastly, adaptation of prevention and promotion activities aims to ensure that English-speaking minority communities receive public health programs in English at the provincial, regional and local levels.

Strategy Three: Informing public policy and influencing government actions

Demonstrating the impact of investments meets accountability requirements and helps shape public policy that will have a long-term impact on the health status of English-speaking minority communities. The strategy accepts that governments and their agencies are important stakeholders in the implementation of strategies to improve services.

Strategy Four: Strategic knowledge development

Developing strategic knowledge is crucial for mobilizing stakeholders engaged in initiatives to improve access to English-language services. One principal area of activity is knowledge development and dissemination as demonstrated by the provincial network. A second area is promotion of research partnerships to support inter-university research programs, create community-university research alliances, create strategic clusters of researchers and develop applied research addressing the realities of institutional and community environments.

PRIORITIES AND RECOMMENDATIONS

The Report proposes an Intervention Plan that sets out the actions required to improve health outcomes and the vitality of Quebec's English-speaking communities.

INTERVENTION PLAN

MAINTAINING AND BUILDING NETWORKS OF COMMUNITIES AND PUBLIC PARTNERS

Recommendations:

It is proposed that:

1. Based on an evaluation of the results achieved, the 11 networks currently funded receive ongoing stable funding beyond 2007-2008;
2. Vulnerable communities in another 24 regions, comprising up to 30% of Quebec's English-speaking population, receive support for the development of networks; and
3. Vulnerable communities unable to mobilize resources to participate in calls for network proposals receive special funding to assist them in accessing a network development program.

STRATEGIC LONG-TERM INVESTMENT IN NEW MODELS OF SERVICE ORGANIZATION TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Recommendations:

It is proposed that:

4. Designated portions of federal funding to improve the health of Canadians and, in particular, to support Quebec's initiatives to reform its health and social services system, be directed to the development of new models of service delivery for English-speaking communities in a manner consistent with Quebec's multi-year reform plan; and
5. A multi-year federal contribution be accorded for the development of new models of service delivery for English-speaking minority communities in accordance with five strategic areas of intervention to ensure lasting effects of measures to improve access to health and social services in English. They are:
 - Support for institutions acting as incubators of new models for eventual integration into the system;
 - Broad system interventions that maximize the impact of improvement measures in the health and social services network, such as Info-Santé and Info-Social, and client information systems;
 - Adaptation of clinical and organizational projects;
 - Adaptation of service corridors and integrated university health networks; and

- Adaptation of prevention and promotion programs.

MAINTAINING AND EXPANDING TRAINING AND DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES

Recommendations:

It is proposed that:

6. A multi-year federal contribution be accorded for the training and development of human resources of Quebec's health and social services system to support their capacity to serve English-speaking people in their language;
7. A second phase of language training place priority on development of a model to document and evaluate the impact of different variables related language training and their effect on the offer of services in English;
8. A second phase of language training place a priority on: (a) the development of measures to support maintenance of second language skills that include professionals, training organizations and other stakeholders; (b) the integration into the workplace of the language skills acquired by professionals participating in language-training programs;
9. A second phase of internships and retention initiatives place priority on development of tested models of internship and retention of professionals in the regions;
10. A second phase of internships and retention initiatives place priority on targeted action to increase the capacity of English-language professional degree programs in the health and social services fields to recruit English-speaking youth into their programs;
11. A second phase of distance community support be extended to increase capacity to provide public health programs to isolated or underserved English-speaking minority communities. A priority should be placed on an evaluation of best practices and the impact of the measure on the offer of services in English;
12. A second phase of distance professional support be funded in order to extend capacity in accordance with the development of corridors of access to specialized and ultra-specialized health services to each integrated university health network;
13. A new investment in training and human resources development encourage knowledge-building, new evaluation approaches and support a research promotion program; and

14. A new investment in training and human resources development promote information technologies as a means of supporting professional development through networking between health and social services professionals serving distant or isolated English-speaking minority communities, and other professionals serving English-speaking people.

PROMOTING RESEARCH AND STRATEGIC INFORMATION

Recommendations:

It is proposed that:

15. A federal action plan with dedicated funding for research on Official Language Minority Communities be implemented;
16. A federal action plan include the following elements:
 - Coordinated departmental commitments to fund research;
 - A national policy to promote Official Language Minority Communities as a research field in order to orient research funding bodies to open competitions;
 - Creation of university chairs and training programs to recruit young researchers;
 - Creation of joint research funding programs involving federal departments and the research bodies;
 - Promotion of data access protocols with Statistics Canada;
 - Implementation of a funding program to promote community capacity to generate knowledge and research and participate in research partnerships;
 - A strategy to link research between Official Language Minority Communities and with Quebec universities and funding bodies; and
 - A funding program to support knowledge transfer through partnerships between learning institutions and English-speaking minority communities in order to promote the widest application of new knowledge.

PROMOTING TECHNOLOGY TO BETTER SERVE ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Recommendations:

It is proposed that:

17. Envelopes to develop services to English-speaking minority communities be earmarked in major infrastructure programs such Canada Health Infoway, the Canadian Foundation for Innovation and other federal contribution programs supporting Quebec's Telehealth development; and
18. Federal interdepartmental partnerships with the English-speaking official language communities support expansion of the role of new Community Learning Centres in the delivery of health and social services in English. Specifically, funding would increase community capacity to coordinate distance community support programs in the area of public health using new videoconferencing networks.

PROMOTING POPULATION AND PUBLIC HEALTH STRATEGIES FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Recommendations:

It is proposed that:

19. A federal contribution be provided to Quebec's English-speaking communities in order to support their participation in Quebec's Public Health Plan establishing new public health initiatives at the provincial, regional and local levels; and
20. The Public Health Agency of Canada actively promote English-speaking minority communities as stakeholders in the development of a new national public health strategy.

MEETING THE NEW PRIORITIES OF CANADA'S GOVERNMENT

This Report to the federal Minister of Health is an affirmation of the identity of Quebec's English-speaking communities in Prime Minister Stephen Harper's declaration at Embrun, Ontario, on March 24, 2007:

"Canada's success as a country lies in the strength of its founding values and the fundamental decency of its citizens". With this declaration, the Government affirmed its commitment to supporting bilingualism, and to supporting the minority language communities across the country.⁷

Health is one of the Government's key priorities. Improving the health outcomes of all Canadians means addressing the particular health status inequalities that affect Quebec's English-speaking population as one of Canada's two Official Language Minority Communities. This Report identifies the evidence base of demographic factors and health determinants that are influencing health outcomes in English-speaking minority communities. With the foundations established to support new initiatives, the Report set out a blueprint for new federal action.

Improving the health of specific population groups is a key priority of the federal Minister of Health. Initiatives will be implemented to improve health outcomes for specific groups such as children and youth, and seniors. These groups face particular challenges compared to other Canadians. In Quebec's English-speaking communities, this vulnerable clientele faces additional hurdles due to language, geographic isolation, rapidly aging communities, and the high incidence of economic vulnerability of families and youth.

Quebec's health and social services system is shifting toward community-based services. The Government has recognized the link between the living conditions of all Quebec citizens and their health. Mental health and substance addiction are two of the eight key intervention programs in Quebec's new community-based services. The Quebec model is the framework for new federal action contributing to provincial initiatives to address these priorities. The Report outlines the strategic points of entry of new federal investments in Quebec's reformed system that would address the needs of English-speaking people. These needs also include timely access to specialized medical services, particularly for English-speaking patients from distant or isolated communities. Quebec's intent to create corridors of access to specialized health services is a major step toward reducing wait times for specialized medical intervention and ensuring equitable access to treatment for all Quebecers. The Report proposes how a federal contribution to Quebec's initiative will help ensure that the needs of English-speaking people are taken into account in the reorganization of the system.

English-speaking Quebecers are working as partners within Quebec's health and social services system to improve health outcomes and the vitality of their communities. The goal is not to create a parallel network of services, but to work with service providers and government to ensure that measures to improve access for English-speaking communities are fully integrated into a modern system serving all Quebecers.

⁷ Speech of Prime Minister Stephen Harper to the Prescott and Russell 9th Banquet de la Francophonie, March 24, 2007, Embrun, Ontario.

MANDATE OF THE CONSULTATIVE COMMITTEE FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES (CCESMC)

In August 1994, the Government of Canada approved the establishment of an accountability framework for the implementation of sections 41 and 42 of the *Official Languages Act*. These provisions commit the federal government to enhancing the vitality of Official Language Minority Communities and ensuring the participation of key federal departments and agencies in their development. The Act was reinforced on November 25, 2005 with the adoption of the *Act to Amend the Official Languages Act (promotion of English and French)*, aimed at ensuring that all federal institutions take positive measures to meet their obligations and making Part VII of the Act enforceable.

To support the Government of Canada's commitment to Official Language Minority Communities, the federal Minister of Health created the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities in October 2000.

The Committee's mandate is to:

- Provide advice to the Minister of Health on ways of enhancing the vitality of English-speaking minority communities in Quebec and to support their development;
- Provide advice to the Minister of Health, the Public Health Agency of Canada and the Health Canada on matters of coordination of federal initiatives pertaining to health;
- Provide its perspective on proposed initiatives in various stages of development and implementation with a view to ensuring an optimal impact on English-speaking minority communities in Quebec;
- Provide a forum to help update the multi-year Action Plan in order to assist the Health Canada in meeting its obligations under Section 41 of the *Official Languages Act*;
- Provide advice to the Minister of Health, the Public Health Agency of Canada and Health Canada on the implementation of the federal *Action Plan for Official Languages*; and
- Liaise with English-speaking minority communities in Quebec so as to facilitate information sharing; and liaise with the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities outside Quebec with a view to enhancing the vitality of Official Language Minority Communities.

The Consultative Committee is made up of the following persons:

- Two co-chairs, one representing the English-speaking minority community and one representing the Government of Canada;
- Eight members representing English-speaking minority communities;
- Senior officials of Health Canada and the Public Agency of Canada;
- The Health Canada National Coordinator, Section 41, Part VII and the Quebec regional coordinator;
- A Quebec regional representative of the Department of Canadian Heritage; and
- Two co-secretaries, one representing the English-speaking minority community and one representing Health Canada.

THE COMMITTEE'S 2002 REPORT

In July 2002, the Committee submitted a Report to the federal Minister of Health proposing a multi-year plan based on five levers aimed at improving access to health and social services in English for Quebec's English-speaking communities. To meet this goal, a comprehensive strategy proposed measures to support community-institutional networking, strategic information, use of technology, adaptation of service delivery models and training and human resources development.

The Report served as a guide for the federal *Action Plan for Official Languages* launched in March 2003. The Plan supported three levers proposed by the CCESMC: community-institutional networking, adaptation of service delivery models (primary health care), and training and human resources development. Funding was committed for the period 2003 to 2008 for community-institutional networking and training and human resources development. The primary health care transition initiative is supported until March 2007. By March 2008, the federal commitment to improving access to services for Quebec's English-speaking communities will have been \$30.1 million.

After submission of its Report to the Minister, the CCESMC played a central role in implementing the Action Plan by designating the three organizations mandated to carry out the three measures. The Committee continues to be the key body for Health Canada with respect to identifying the priorities for future action, naming of future contribution program beneficiaries and monitoring the implementation of current Action Plan measures. To support this mandate, the Committee developed a strategic planning framework which served as the basis for updating the 2002 strategy.

UPDATING THE 2002 STRATEGY

In 2005, the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities undertook a review of the Committee's mandate. In the context of these discussions, it was agreed that a strategic planning exercise would be carried out to produce a framework to guide medium and long-term activities of the Committee. The result was a Strategic Planning Framework, which was approved in May 2006. The immediate priorities were to identify the short-term and medium-term actions needed to fulfil the requirements of the *Action Plan for Official Languages* and to address the gap following the end of the Primary Health Care Transition Fund in March 2007. At the same time, the Planning Framework identified long-term actions and activities that would advance the five levers recommended in the Committee's 2001 Report to the Minister. With this orientation, the CCESMC set the basis for preparation of the present Report outlining the priorities for federal action in the period ahead.

This Report will describe progress achieved with the current Action Plan measures as well as propose an Intervention Plan for initiatives beyond 2008. The Intervention Plan is consistent with a sustainability strategy presently guiding actions to ensure integration of results of current and future investments into Quebec's health and social services system. Through the strategic planning process, the Committee has sought to ensure that its priorities are anchored in validated needs of English-speaking minority communities, as well as the orientations, policies and programs of government partners. This balanced and proactive orientation is felt to best ensure conditions for success of efforts to improve health outcomes and enhance vitality of English-speaking communities in Quebec.

COMMUNITY CONTEXT

THE IMPORTANCE OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES IN ENGLISH

In its 2002 Report to the Minister, the CCESMC noted that language is a key factor in the successful delivery of health and social services. A Health Canada Report states, “There is compelling evidence that language barriers have an adverse effect on access to health services”.⁸ There is a broad range of factors affecting the health status of communities including language and culture. Viewed from a population health perspective, communities may face additional health risks in an environment where access to linguistically and culturally appropriate services is limited due to minority status.⁹

When a range of health determinants and demographic indicators are combined to give a relative measure of community vitality, there are at least ten of sixteen administrative regions in Quebec where English-speaking communities are linguistically and culturally at risk.¹⁰ The trend shows increased vulnerability, as English-speaking minority communities declined in size in a majority of administrative regions between 1996 and 2001.¹¹

Other studies have confirmed that language barriers affect access and quality of care for linguistic minority communities. Obstacles to communication can reduce recourse to preventative services; increase consultation time including the number of tests and the possibility of diagnostic and treatment errors; affect the quality of services requiring effective communication such as social services; reduce the probability of treatment compliance and reduce users’ satisfaction with the services received.¹²

For English-speaking minority communities, barriers to access remain a major preoccupation of certain key health and social services institutions serving them. An overwhelming majority of service providers and community organizations involved in primary health care transition measures of the federal Action Plan placed high importance on access as a priority of the public system. English-speaking people face particular barriers to access that include: a shortage of human resources capable of offering services in English; lack of a sufficient volume of service requests in English in regions of low population density to justify a service offer; difficulty in planning services given a lack of information on needs; patterns of use of services by English-speaking people whereby recourse to public services more often occurs in dire situations; ambiguity concerning the legal framework governing the language of work (French) and the legislative guarantees of services in English; and finally, the low capacity of communities to act in regions where they are demographically weak and lack community infrastructure.¹³

⁸ Sarah Bowen, *Language Barriers in Access to Health Care*, Health Canada, 2001.

⁹ James Carter, *A Community Guide to the Population Health Approach*, Community Health and Social Services Network (CHSSN), March 2003, p. 18.

¹⁰ CCESMC, *Report to the Federal Minister of Health*, Health Canada, 2002, p. 10.

¹¹ Joanne Pocock, *Baseline Data Report 2005-2006*, CHSSN, February 2006, p. 14.

¹² FCFA, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.

¹³ ENAP, *Final Report: Evaluation of the Implementation and Initial Impact of the Primary Health Care Transition Project of the CHSSN*, October 2006, p. 11.

Access to health and social services in English remains a high priority for English-speaking communities across Quebec. Regardless of whether English-speaking people go to a doctor's office, use a health information line, a local community services centre or a hospital, an overwhelming majority of them (over 80%) affirm that it is very important to receive their service in English.¹⁴

PORTRAIT OF THE VITALITY OF ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Since the presentation of the portrait of vitality of English-speaking minority communities in the 2002 Report to the Minister, new knowledge on the demographic and health status of English-speaking minority communities has been developed. A compendium of this information is contained in a companion document prepared to complement this Report.¹⁵ The following is a summary of evidence highlighting vulnerability of English-speaking minority communities. The factors described are elements that influence the health status of the communities. This evidence base is key in the identification of needs and priorities for action to improve the vitality of English-speaking minority communities.

DEMOGRAPHIC VITALITY

Demographic decline

Between 1996 and 2001, English-speaking minority communities experienced the largest decline in absolute numbers (6,873 persons) of any of the other official language minority communities in Canada.¹⁶ The English-speaking population of Quebec in 2001 stood at 918,965 persons, as defined by first official language spoken. Within Quebec, English-speaking minority communities declined in 14 of 17 administrative regions.¹⁷ Dramatic declines occurred in five regions, where English-speaking minority communities dropped by over 13% in a five-year period.¹⁸

¹⁴ Results of the CHSSN-CROP Community Vitality Survey contained in the *Baseline Data Report 2005-2006*, Joanne Pocock, CHSSN, February 2006, p. 69-74.

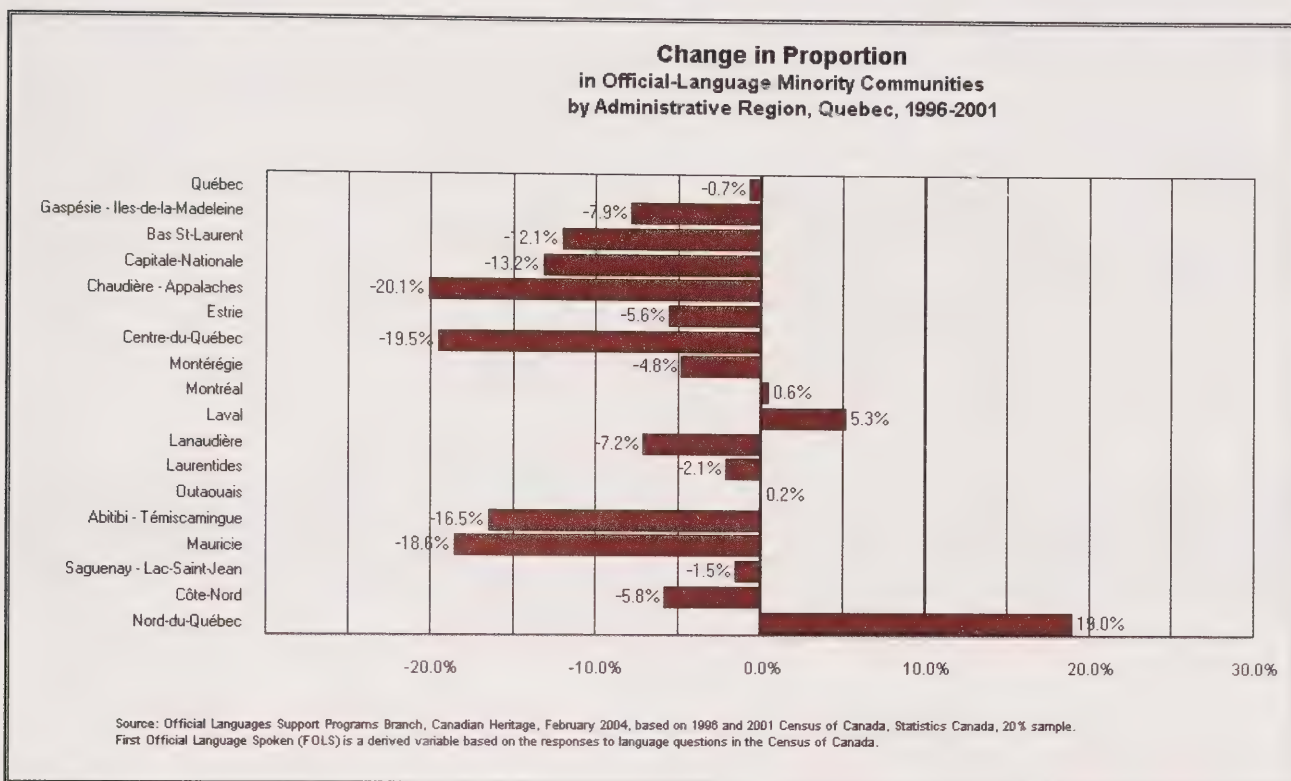
¹⁵ CCESMC. "Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities". Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities. 2007. The document is available on the website of the Community Health and Social Services Network (CHSSN), <http://www.chssn.org>.

¹⁶ Ibid., Table: *Change in size, Official-Language Minorities, Canada, 1996-2001*, p. 18.

¹⁷ Ibid., Table: *Change in size, Official-Language Minorities, Quebec, 1996-2001*, p. 19.

¹⁸ Ibid., Table: *Change in Proportion, Official-Language Minorities, Quebec, 1996-2001*, p. 21. Capitale-Nationale (Québec) dropped by 13.2%, Chaudière-Appalaches by 20.1%, Centre-du-Québec by 19.5%, Abitibi-Témiscamingue by 16.5%, and Mauricie by 18.6%.

DEMOGRAPHIC CHANGES IN QUEBEC'S ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES 1996-2001

*Aging communities*

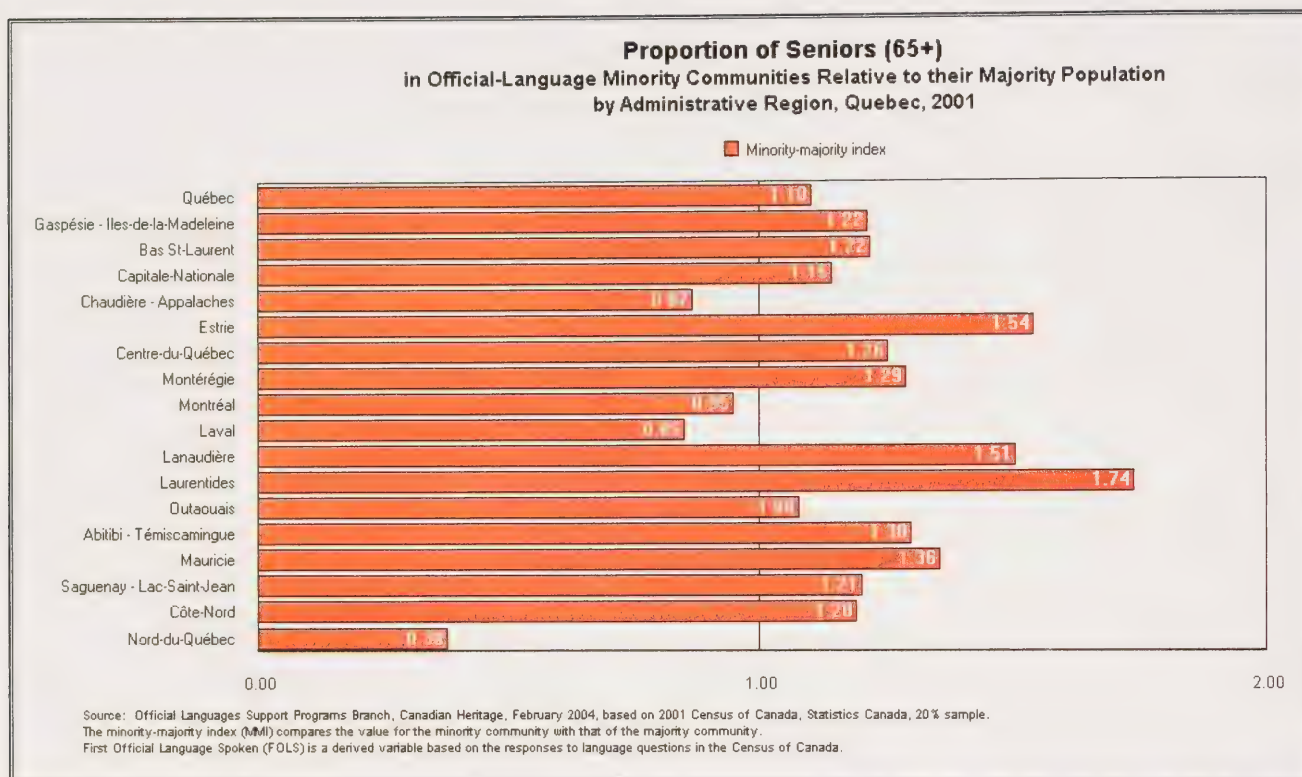
English-speaking minority communities are aging at a faster rate than the French-speaking majority communities in 13 of 17 administrative regions.¹⁹ In eleven regions, the proportion of seniors aged 65 and older relative to the whole English-speaking minority community was over 20% higher than that of Francophone seniors in the majority communities.²⁰ English-speaking minority communities have smaller proportions of youth (aged 5 to 19 years), and the adult generation (aged 40 to 59) in relation to their total population, compared to Francophone communities.²¹ This latter adult age group is called the 'caregiver' generation and represents a missing middle group from many English-speaking minority communities, reflective of out-migration that occurred between 1976 and 1986.

¹⁹ Ibid., Table: *Seniors in Official-Language Minorities (MMI)*, Quebec 2001, p. 54.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid., Table: *Age Structure (MMI)*, Quebec's Official-Language Minorities, 2001, p. 44.

QUEBEC'S AGING ENGLISH-SPEAKING COMMUNITIES COMPARED TO THE FRENCH-SPEAKING MAJORITY



The table above compares the proportion of seniors in the English-speaking minority population of each region with that of the French-speaking majority. The values greater than 1.00 are percentages that indicate the extent to which the proportion of seniors in English-speaking minority communities is greater than the proportion of seniors in the French-speaking majority communities.

DETERMINANTS OF HEALTH STATUS

It is recognized that a broad range of individual and collective factors are connected with health status. Key among these are income and education, employment, social environments, social support networks and access to the health and social services system.

Low income

Income and social status are considered to be the most important determinants of health. Less than half of Canadians in the lowest income bracket rate their health as very good or excellent. They are more likely to die

earlier and suffer more illnesses.²² In Quebec, poor and very poor income levels are linked to factors such as higher incidence of drug use, average to poor eating habits, food insecurity, lack of recreational physical activity, excessive weight, long-term health problems, and high levels of psychological stress, among other impacts.²³

English-speaking Quebecers are 26% more likely than the Francophone majority to have incomes below the Statistics Canada low-income cut off.²⁴ The rate of low income in English-speaking minority communities is greater than that in Francophone communities in 15 of 17 administrative regions. The low income gap between English and French-speaking communities is 20% or greater in 7 of 17 regions. Certain groups in the population are at greater risk of experiencing health problems. The rate of low-income among unattached English-speaking individuals is very high, with 42.9% of them living below the Statistics Canada low-income cut off.²⁵

ENGLISH-SPEAKING PEOPLE LIVING ALONE BELOW THE STATISTICS CANADA LOW-INCOME CUT-OFF

Proportion Living Alone who are below the Low-Income Cut-off (LICO) ²⁶	Total %	Anglophones	Francophones	Minority-Majority Index ²⁷
Québec (Province)	41.8	42.8	41.4	1.03
*Bas-Saint-Laurent	41.2	34.8	41.2	0.84
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	41.1	30.4	41.2	0.74
Québec	43.9	41.9	43.9	0.96
*Mauricie et Centre-du-Québec	43.1	38.6	43.1	0.90
Estrie	39.2	35.6	39.5	0.90
Montréal	46.3	45.3	46.1	0.98
Outaouais	36.4	35.0	36.6	0.96
Abitibi-Témiscamingue	38.3	43.2	38.1	1.13
Côte-Nord	33.2	31.3	33.3	0.94
*Nord-du-Québec	33.5	66.7	33.0	2.02
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	41.5	34.8	42.4	0.82
Chaudière-Appalaches	36.5	45.5	36.5	1.25
Laval	39.5	45.1	38.7	1.16
Lanaudière	37.7	45.4	37.5	1.21
Laurentides	37.1	32.8	37.4	0.88
Montréal	37.2	36.0	37.3	0.96

²² Public Health Agency of Canada, *Population Health Approach*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants>. A presentation of key determinants of health cites evidence from a number of Canadian studies.

²³ Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

²⁴ CCESMC, "Building on the Foundations - Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: *Population with Incomes Below the Low-income Cut-off, Quebec, 2001, 2007*, p. 76.

²⁵ Ibid., Table: *Persons Living Alone Who Are Below the Low-Income Cut-off (LICO), Quebec, 2001*, p. 77.

²⁶ JW COMM, for the Community Health and Social Services Network, Statistics Canada, 2001 Census of Canada.

Interpretation of data for regions marked with an asterisk should be done with caution because of small census samples. The Nord-du-Québec region includes Cree and Inuit populations.

²⁷ The Minority-Majority Index compares the proportion of English-speaking people living alone below the low-income cut-off compared to the same population in the French-speaking majority. The values greater than 1.00 are percentages that indicate the extent to which the proportion of English-speaking people living alone below the low-income cut-off is greater than the proportion of this group in the French-speaking community of a region.

Single parent families are vulnerable with respect to income security. This is the case for English-speaking minority communities. While 36.5% of English-speaking lone parent families are below the Statistics Canada low-income cut off, the rate is 33.7% for Francophones. In the Montreal region, the rate of low-income in English-speaking single-parent families (41% below the low-income cut off) is higher than the low income rate in English-speaking minority communities in a majority of the administrative regions.²⁸

ENGLISH-SPEAKING PEOPLE LIVING IN LONE PARENT HOUSEHOLDS BELOW THE STATISTICS CANADA LOW-INCOME CUT-OFF

Proportion Living in Lone Parent Households who are below the Low-Income Cut-off (LICO) ²⁹	Total %	Anglophones	Francophones	Minority-Majority Index ³⁰
Québec (Province)	34.1	36.5	33.7	1.08
*Bas-Saint-Laurent	30.2	59.1	30.1	1.96
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	32.1	46.7	32.0	1.46
Québec	32.3	42.0	32.1	1.31
*Mauricie et Centre-du-Québec	32.9	35.4	33.0	1.07
Estrie	27.6	35.9	26.8	1.34
Montréal	43.5	41.0	44.3	0.93
Outaouais	31.7	29.5	32.0	0.92
Abitibi-Témiscamingue	30.6	31.5	30.5	1.03
Côte-Nord	25.5	20.3	26.4	0.77
*Nord-du-Québec	30.3	na	30.4	na
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	30.1	23.8	31.1	0.76
Chaudière-Appalaches	25.1	17.4	25.2	0.69
Laval	28.8	32.8	28.4	1.15
Lanaudière	31.1	36.9	31.0	1.19
Laurentides	30.4	21.9	31.0	0.71
Montréal	30.3	30.3	30.2	1.02

Low educational attainment

With respect to educational attainment, English-speaking minority communities in distant regions are much more likely to have higher proportions of community members without high school diplomas than in more urban

²⁸ CCESMC, "Building on the Foundations Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: Proportion of Those Living in Lone Parent Households Below LICO, 2007, p. 78.

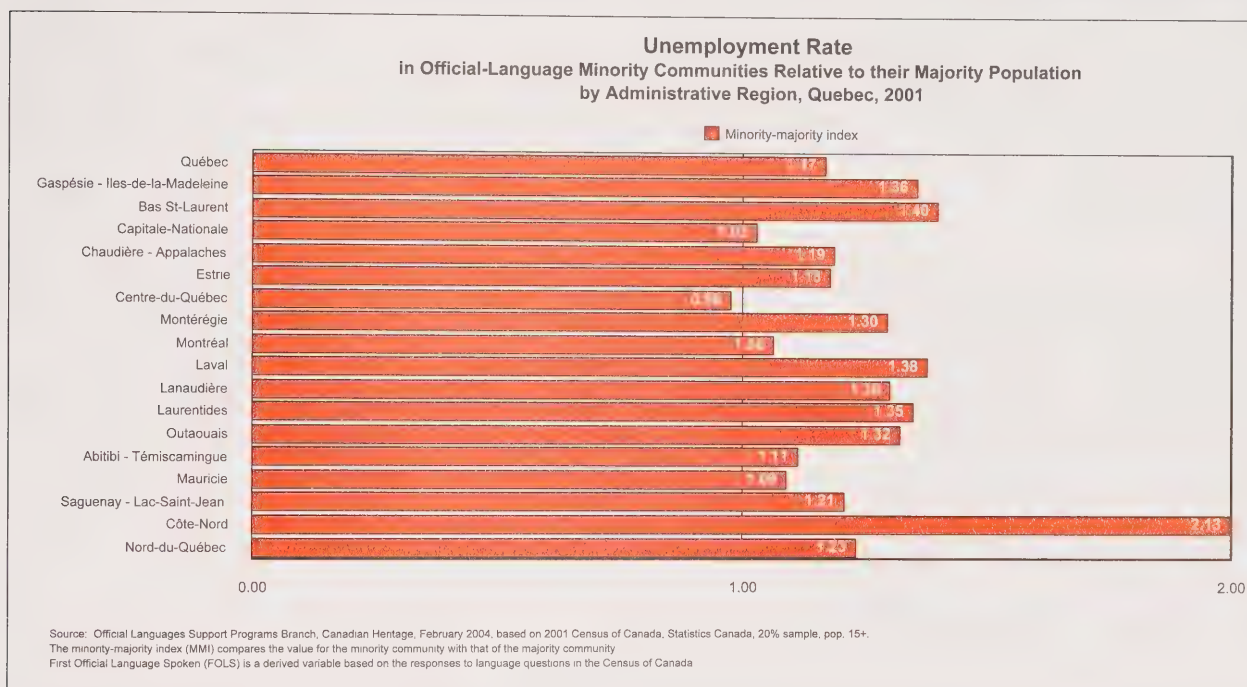
²⁹ JW COMM, for the Community Health and Social Services Network, Statistics Canada, 2001 Census of Canada. Interpretation of data for regions marked with an asterisk should be done with caution because of small census samples. The Nord-du-Québec region includes Cree and Inuit populations.

³⁰ The Minority-Majority Index compares the number of English-speaking people living in lone parent households below the low-income cut-off compared to the same population in the French-speaking majority. The values greater than 1.00 are percentages that indicate the extent to which the proportion of English-speaking people living in lone parent households below the low-income cut-off is greater than the proportion of this group in the French-speaking community of a region.

regions.³¹ In six regions, the rate of non-completion of high school is greater than that in the majority communities.³²

Unemployment

English-speaking minority communities in Quebec are second in Canada after New Brunswick with respect to having unemployment rates greater than the surrounding majority communities. While New Brunswick Francophones have a rate 25% higher than that of New Brunswick Anglophones, English-speaking Quebecers



have an unemployment rate 17% higher than that in Francophone communities.³³ English-speaking minority communities are experiencing a rate of unemployment that is significantly higher than in surrounding French-speaking communities in 8 regions; a rate that is 30% or higher than the majority.³⁴

UNEMPLOYED ENGLISH-SPEAKING PEOPLE

Social environments and social cohesion

Social environments are a reflection of civic vitality and sense of belonging. English-speaking Quebecers had the lowest rate of strong sense of belonging to a local community (67%), when compared to the French-speakers

³¹ CCESMC, "Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: No High School Diploma (RGI-Prov), Quebec, 2001, 2007, p. 61.

³² Ibid., Table: No High School Diploma (MMI), Quebec, 2001, p. 59. The communities are in Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Laval, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord and Nord-du-Québec.

³³ Ibid., Table: Unemployment Rate (MMI) - Canada, 2001, p. 67.

³⁴ Ibid., Table: Unemployment Rate (MMI), Quebec, 2001, p. 68.

in Quebec and the rest of Canada, as well as Anglophone Canadians.³⁵ This is consistent with other information confirming that over 60% of English-speaking Quebecers believe that the future of their regional English-speaking community is threatened.³⁶ As well, 30% of English-speaking minority youth aged 18 to 30 do not believe they will be living in the same municipality in five years.³⁷

Social support networks

Social support networks contribute to an individual's sense of control over life circumstances and promote community vitality. English-speaking Quebecers overwhelmingly turn to family and friends first in the case of illness (80%) as opposed to seeking the services of a public institution (10.7%).³⁸ English-speaking minority communities lead all other Official Language Minority Communities in Canada by a wide margin with respect to the total of unpaid hours of assistance provided to seniors.³⁹ The rate of unpaid care in 9 administrative regions is 50% or greater in English-speaking minority communities than that of the majority communities.⁴⁰

Use of health services

With respect to use of the health system by English-speaking Quebecers, a Health Canada study provides a revealing portrait. Quebec English-speakers were compared to the French-speaking majority in Quebec, French-speaking minorities outside Quebec and Anglophone Canadians, with respect to their use of health services. Quebec English-speakers scored the lowest of the groups for questions related to having a regular doctor, use of hospital services and difficulty getting care from a specialist. Also, significant difference was identified for: rating of quality health care; satisfaction with the way health care was provided; and quality and satisfaction with community-based care, while controlling for such important factors as: age; sex; urban or rural area, self-rated health; having chronic conditions; education; employment status; and income.⁴¹

Access to health and social services in English

Access to the range of health and social services in English depends on the type of service offered and varies greatly from region to region. Generally, a majority of English-speaking people receive services in English from a doctor in a private clinic or office. Less than of 50% English-speakers received doctor's services in English in

³⁵ Ibid., Table: *Strong Sense of Belonging to Local Community*, p. 87.

³⁶ Jack Jedwab, *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones*, The Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, November 2006, unpublished, p. 5. This is a Report commissioned by the Community Health and Social Services Network that looks at results of the CHSSN-CROP Community Vitality Survey, 2005.

³⁷ Ibid., p. 9.

³⁸ CCESMC, "Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: *Source of Support in the Case of Illness*, Quebec, 2005, 2007, p. 126.

³⁹ Ibid., Table: *Unpaid Care to Seniors (MMI)*, Canada, 2001, p. 138.

⁴⁰ Ibid., Table: *Unpaid Care to Seniors (MMI)*, Quebec, 2001, p. 139.

⁴¹ Elena Tipenko, *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC)*, working paper, MSDAD, Health Canada, 2006.

4 administrative regions. These are regions where the community forms a very small proportion of the regional population.⁴²

The rate of access to English-language services declines for other public health and social services. Two-thirds were served in English in a local community service centre, with the rate falling under 50% in 9 of 19 regions and sub-regions (including Montreal East). For Info-Santé services (health information line), the general rate drops to 63%, with 10 regions and sub-regions reporting under 50% access in English. Less than 50% of English-speakers received emergency room and out-patient clinic services in English in 10 regions and sub-regions. This was also the case in 8 of 19 regions and sub-regions for overnight stays in a hospital.⁴³

Almost 1 in 5 English-speakers were uncomfortable asking for services in English in 13 of 19 regions and sub-regions (including Montreal East).⁴⁴ The reasons most often cited were concern the request would impose a burden on personnel (24.7%) or a delay in service might occur (22.3%).

Underrepresentation in the personnel of the health and social services system

As with most Official Language Minority Communities in Canada, the proportion of English-speaking Quebecers with post-secondary qualifications in the health domain is much less than that of the majority community.⁴⁵ The rate of employment of English-speaking people in Quebec's health and social services system falls significantly short of that of the French-speaking majority in every administrative region.

Underrepresentation of English-speakers among personnel is considered to be linked with under use of public services by English-speakers and weak participation of communities in the governance structures of public institutions in many regions.⁴⁶

EVOLUTION OF QUEBEC'S HEALTH AND SOCIAL SERVICES SYSTEM

IMPACT OF SYSTEM REFORMS ON INSTITUTIONS SERVING ENGLISH-SPEAKING PEOPLE

The transformation of the health and social services system in Quebec has affected community infrastructure, including the institutions historically serving English-speaking minority communities. Reform of the health and social services network over the last decade has resulted in the consolidation of many of these historical institutions. Legislative guarantees of services in English have ensured that institutions continue to have a recognized mandate to serve English-speaking people, but at the same time they must demonstrate their capacity to serve the majority French-speaking population.⁴⁷

⁴² CCESMC, "Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: *Language of Service – Private Doctor, Quebec, 2005, 2007*, p. 127.

⁴³ Ibid., Tables: p. 128 – 132.

⁴⁴ Ibid., Table *Comfort Level in Requesting Services in English, Quebec, 2005*, p. 133.

⁴⁵ Ibid., Table: *Post-Secondary Qualifications in the Health Domain (MMI), Canada, 2001*, p. 158.

⁴⁶ Ibid., Table: *Employed in Health Occupations (MMI), Quebec, 2001*, p. 164.

⁴⁷ In October 2006, the Government of Quebec adopted a decree designating institutions mandated to provide the full range of their services in English. A number of the institutions are those historically serving English-speaking minority communities and benefit from an exemption from certain provisions of the Charter of the French Language, thus permitting them to function as bilingual institutions. Of the 42 institutions named, 29 are in Montreal, (8 of which are long-term care

In regions other than Montreal, the few existing historical institutions serving the health and social services needs of English-speaking minority communities have been subject to reorganization, altering traditional mandates and in some instances, transferring governance to the majority community.

English-speaking people outside the Montreal region are likely to receive their services from French-language institutions. Significant challenges continue to face community members with respect to obtaining services in English and participating in the governance structures of these institutions. Under utilization of public services continues to be reality⁴⁸, as English-speaking people are more likely to turn to family and friends first before using a public institution in the case of a health issue.⁴⁹ Constant effort is required by communities to ensure transformed institutional networks are adapting services to meet the needs of English-speaking people.

Problems of access are not only a reality of communities off the island of Montreal. In the eastern sector of Montreal, the rate of satisfaction of English-speaking people with access to services is low, compared to that of English-speakers in the rest of Montreal. French-language institutions are the principal service providers for the population in this part of the region and do not necessarily have personnel capable of providing services in English.⁵⁰

The ongoing transformation of Quebec's health and social services system has profoundly altered the institutional networks serving English-speaking communities. As a result, mobilization is a constant challenge for communities and service providers in their efforts to address persisting gaps in services in English in the areas of primary health care, social services, rehabilitation, long-term care and general and specialized medical services.⁵¹

The investments through the federal Action Plan, the current review of access programs of services in English⁵² and new orientations that aim to bring services closer to the population are promising developments that can help create conditions necessary to improve access to a range of services for English-speaking minority communities.

THE NEW CONTEXT OF QUEBEC'S HEALTH AND SOCIAL SERVICES SYSTEM

The Quebec government has embarked on a major reform aiming to create local integrated networks of health and social services. One of the goals is to broaden the perspective of the health and social services system beyond a focus on service delivery to include enhancement of health outcomes at the individual and population levels.

centres or residences), 1 in Quebec, 3 in Estrie (Eastern Townships), 2 in Outaouais (western Quebec), 1 in Côte-Nord (Lower North Shore), 1 in Laval, 1 in Lanaudière, 1 in Laurentides, and 3 in Montérégie.

⁴⁸ While 26% Francophones used Info-Santé (health information line) in a 12 month period, only 15% of Anglophones did so. SOM, *Étude sur la notoriété du service Info-Santé*, Final Report presented to the CHSSN, May 2005, p. 18.

⁴⁹ Joanne Pocock, *Baseline Data Report 2005-2006*, CHSSN, February 2006, p. 36.

⁵⁰ Joanne Pocock, *Baseline Data Report 2005-2006*, CHSSN, February 2006, p. 29. While 39.4% of English-speakers in eastern Montreal are satisfied with access to services in English, the rate is 55.3% in western Montreal.

⁵¹ CCESMC, *Report to the Federal Minister of Health*, Health Canada, 2002, p. 15.

⁵² Regional agencies are currently preparing new access programs of health and social services in English, which will be approved by the Government of Quebec. The plans identify the institutions which must ensure certain identified services are accessible in English for English-speaking people.

In 2004, 95 health and social services centres (CSSS) were created by merging local community service centres (CLSC), long-term care centres (CHSLD) and, in most cases, a hospital. The number of public health establishments dropped 42% from 339 to 195. Complementarity between the public network and private general medical practice is being created by linking family medicine groups and network clinics. Integrated university health networks are being set up to facilitate access through designated 'corridors' to ultra-specialized services in order to avoid duplication of expensive medical services. These networks also coordinate the teaching and research missions of university-affiliated health institutions. They foster the maintenance of professional qualifications and oversee medical training and distribution of medical students among the institutions of the integrated university health networks. New orientations guiding Quebec's public health strategy will support development of public health plans at the provincial, regional and local levels. These changes will profoundly alter the way English-speaking people will receive health and social services in the years ahead.

A major initiative is being undertaken to decompartmentalize professional practice and promote teamwork in the health sector. Clinical and organizational plans are being developed that will profoundly alter the way in which health services will be offered to a territorially defined population.⁵³ The new health and social services centres, at the core of these local networks, will assess a population's needs, identify gaps and establish mechanisms and service models to ensure effective access to services. The development of clinical and organizational projects adds a complementary feature to the access programs defining the legal entitlement of English-speaking people to receive services in English.⁵⁴ The two are closely linked, as the clinical and organizational projects must take into account the particular characteristics of the population concerned, including their linguistic characteristics.

The federal Action Plan measures aimed at improving access to primary level health and social services, providing training and development of human resources and supporting networking of communities and service providers have come at an opportune time as Quebec's health and social services system is poised for its next major phase of reform. Development of long-term formal relationships between communities and public partners is seen as a key condition for the successful integration of the Action Plan measures into the new context of Quebec's health and social services system.

To address future challenges, continued cooperation is required between the two levels of government, with the recognition of English-speaking minority communities as full partners. In this manner, federal policy and resulting measures supporting Quebec's initiatives will reflect the interests of all stakeholders, reinforce current public investments and ensure long-term government commitment to the vitality of English-speaking minority communities.

⁵³ *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, MSSS, October 2004.

⁵⁴ *Frame of reference for the implementation of programs of access to health and social services in the English language for English-speaking persons*, MSSS, March 2006.

BUILDING FOUNDATIONS: RESULTS OF THE 2002 STRATEGY

Formative and final evaluations of the three measures funded by the Action Plan are indicating that the investments are beginning to bear fruit. Successful implementation of the initiatives and positive assessments of early results have affirmed the commitment of all stakeholders to bring the measures to maturity and set the stage for long-term changes that will improve health outcomes for Quebec's English-speaking communities.

The investments are supporting activities that will have ranged in duration from a few months to four years. Regardless of whether activities are related to networking, primary health care transition or training and human resources development, the medium and long-term outcomes are closely linked to structural reforms in Quebec's health and social services system that will affect the whole population including English-speaking minority communities.

Federal Action Plan Investments

Measure	Action Plan commitment	Actual resources invested	Timeframe
Networking and Partnership Initiative	\$ 4.7 M	\$ 4.3 ⁵⁵	2004-2008 (4 years)
Primary Health Care Transition Phase 1	\$ 10 M	\$ 10 M	January 2005 – March 2006 (15 months ⁵⁶)
Primary Health Care Transition Phase 2	\$ 3.4 M	\$ 3.4 M	December 2006 – March 2007 (4 months ⁵⁷)
Training and Human Resources Development	\$ 12 M	\$ 11.5 M ⁵⁸	July 2004-2008 (3 years, 8 months ⁵⁹)

Stakeholders associated with the evaluations have generally agreed that the time frame of the federal investments has allowed them to achieve many short term objectives and create the conditions necessary to affect more substantive and permanent change. There is a prevailing view that more time and resources are required to achieve the longer term structural changes necessary to sustain improved access and ensure better health outcomes for English-speaking minority communities.

⁵⁵ Because of delay between announcement of the Action Plan in March 2003 and the implementation of the Contribution Program, the allocation for 2003-2004 was reduced to support program start up activities in the last quarter of the 2003-2004 fiscal year. The actual networking activity began in 2004-2005.

⁵⁶ Delays in finalizing the Contribution Agreement and completing the inter-governmental protocol reduced the project implementation period to 15 months.

⁵⁷ Delays in the release of the \$3.4M reduced the project implementation period to 4 months.

⁵⁸ Delays in the launch of the Contribution Program and negotiation of the inter-governmental protocol resulted in the loss of the \$.5M allocation for 2003-2004

⁵⁹ The Contribution Agreement was signed in July 2004, thus reducing the implementation period.

ACTIVITIES FUNDED BY THE FEDERAL ACTION PLAN

BUILDING THE FOUNDATIONS: NETWORKING AND COOPERATION

Eleven formal networks are bringing together English-speaking minority communities and service providers at the local, regional and provincial levels. Most of these networks are working to integrate the other two measures funded under the Action Plan: the primary health care transition projects as well as language training, retention and distance service projects. This strategy has ensured that community participants in each network have a vital minimum capacity to mobilize and create networks with public partners. The institutional stakeholders are gradually committing the resources required to ensure their own participation and contribute to the achievement of shared network objectives.

Regional and Local Partnership Networks

Organization sponsoring a network	Administrative Region	Administrative sub-regions covered by the network ⁶⁰	English-speaking population (Number ⁶¹ and % of sub-region population)	
Coasters' Association	Côte-Nord	1 territory	3,560	63%
Council for Anglophone Magdalen Islanders	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territory	805	5.6%
Vision Gaspé Percé Now	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territory	2,630	13%
		1 shared territory ⁶²	920	5.1%
Committee for Anglophone Social Action	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 territory	5,670	17.2%
		1 shared territory	(920)	
Megantic English-speaking Development Corporation	Chaudière-Appalaches	3 territories	2,215	1.5%
			635	.8%
			545	1%
Townshippers' Association	Estrée	7 territories (entire region)	23,390	8.4%
Townshippers' Association	Montérégie	2 territories	11,140	23.2%
			3,560	4.3%
Catholic Community Services	Montréal	4 territories (eastern Montreal)	13,910	8.4%
			30,005	24.5%
			19,935	12.6%
			22,655	12.5%
Regional Association of West Quebecers	Outaouais	5 territories (entire region)	53,945	17.2%
Total	7 of 16 regions (43%)	26 territories of 95 (27%)	195,520 of 918,955 (21%)	

⁶⁰ The administrative sub-territories are geographic areas to be served by health and social services centres (CSSS).

Networks may not necessary cover all English-speaking minority communities in a given sub-territory, depending on the stage of network development and the degree of involvement of public partners. As well, some networks may cover small communities in an adjacent sub-territories not assigned to them above.

⁶¹ English-speaking people are identified by mother tongue or first official language depending on which variable provides the most accurate representation of the number of English-speakers in a territory. The statistics are drawn from *Caractéristiques démographiques et sociales de la population Anglophone de chaque région socio-sanitaire du Québec*, Jan Warnke, CHSSN, September 2006. The profiles are available at <http://www.ccsn.gc.ca>.

⁶² Both Vision Gaspé Percé Now and CASA serve the English-speaking minority communities in the territory of CSSS du Rocher Percé.

Two other networks have been established to address sector and provincial needs. The Fraser Recovery Program provides programs to prevent youth and adult substance abuse. The Community Health and Social Services Network (CHSSN) fosters projects and initiatives through partnership and network building to promote access to English-language health and social services and support the vitality of English-speaking minority communities.

Sector and Provincial Networks

Organization sponsoring a network	Programs	Network Partners
Fraser Recovery Program (sector network)	<ul style="list-style-type: none"> -Prevention and treatment of youth and adult substance abuse -Organization of local networks to prevent substance abuse -Development of ADAPT (Alcohol and Drug Abuse Prevention Team) -Drug and alcohol awareness campaigns 	<ul style="list-style-type: none"> -Networks in eastern Quebec (Lower North Shore, Gaspé Coast, Magdalen Islands, Quebec, Chaudière-Appalaches) -CHSSN Telehealth Program
Community Health and Social Services Network (provincial network)	<ul style="list-style-type: none"> -<u>Community development and capacity building</u> for networks and other English-speaking minority communities -<u>Knowledge development</u> and partnering for research -<u>Information resources</u> to promote data access, online information and network communication links -<u>Innovative models of service delivery</u> that promote Telehealth partnerships, primary health care transition, human resource retention strategies and social economy 	<ul style="list-style-type: none"> -64 member organizations that include: <ul style="list-style-type: none"> • 19 community organizations with health and social services as one aspect of their mandate • 17 community resources in the health and social services sector • 10 public health and social services institutions • 3 public organizations in the education sector • 5 foundations • 7 associate members that include institutes, associations and other networks • 3 corporate members -Partnership with the Quebec Ministry of Health and Social Services for implementation of the primary health care transition projects -Partnership with McGill University for the implementation of training and human resources development initiatives

NETWORKING OUTCOMES⁶³

Creation of networks

Formal networks engaging community and public partners are operating in all the target regions. The provincial network (CHSSN) has linked all the network units. Knowledge and best practices are shared between networks

⁶³ ENAP. *Preliminary Evaluation Report: Health and Social Services Networking and Partnership Initiative*, Quebec Community Groups Network (QCGN), November 2006.

through stakeholders' forums such as conferences and retreats. A newsletter communicates network activities to all constituencies. In each community, the networks recruited multiple partners. These include volunteers, as well as community, municipal and health and social services organizations.

Knowledge development

The provincial network produced a knowledge base for each network. Baseline data Reports and regional and local profiles of demographic and health determinant characteristics ensure knowledge-based network development. This information has assisted networks to establish needs and priorities, support community outreach and develop communication tools. Network stakeholders have affirmed that the focus on a sound knowledge base has contributed to new information on determinants of the health and well being of English-speaking minority communities.

Community participation

Through the networks, English-speaking minority communities are building relationships with health and social services institutions. The interactions have led to community participation in committees, projects and activities. This has increased the participation of English-speaking people in the health and social services system and sensitized public partners to community needs.

Identification of needs and priorities

Priorities of access to services were identified and actions undertaken in the funded communities. Data generation helped clarify the population's needs and has led to projects and Action Plans. Public partners have stated that network activities have greatly increased public sector awareness of community needs and are leading to a common understanding of issues requiring intervention.

Coordination

The identification of partnerships is resulting in better coordination of the various actors engaged in projects to adapt services or develop new service models. More coordination is likely as projects are in the early stages of development and need time to mature. Numerous network partners have discovered new community groups with the same interests. The new contacts are fostering better collaboration. Partners that had never worked together are showing more openness to the idea of sharing organizational resources with other partners to promote implementation of health and social service projects.

Volunteer development and training

Some community organizations and public partners now have access to English-speaking volunteers to assist in service delivery. Some networks have recruited a significant number of volunteers and created a data base to coordinate them. Volunteer training has been established in some networks to support their complementary role with the health and social services institutions.

Information and referral services

Networks have developed communications tools for referring English-speaking community members to existing resources and services. Many community members are now using these information services, which ensure English-speaking people are directed to the appropriate organizations.

Reorganization and development of new services

Networks are in the early stages of development and are just approaching the substantial challenges of service reorganization. As structural changes involve many actors at different levels of the public system, creating new services is a longer term network objective, although some are moving more rapidly in this direction. Reorganization and development of services is tied to the multi-step process of: development of clinical and organizational projects in each of the 95 local services networks; implementation of integrated university health networks for access to specialized and superspecialized services and coordination of teaching, research and training; and implementation of new public health strategies at the provincial, regional and local levels.

CHALLENGES

Sustainability

An important element of the sustainability of current network initiatives is the ongoing commitment of public partners and other community resources to work with English-speaking minority communities. This results in joint priorities and actions that address evolving community needs, provide real benefits and reflect the new context of Quebec's health and social services system.

This new context also presents challenges, as the structural changes will take time and involve many actors at different levels. It is clear that public institutions have very little or no resources to support the communities' network coordinating role over the long haul. The community partners are challenged to develop sustainability plans to secure their capacity to coordinate the networks and exercise effective leverage as recognized players in the health and social services system.

Community governance

All eleven networks function with a model of community governance to ensure the interests of English-speaking minority communities are central to the network activities. Public partners have responded well to this model and have identified benefits in participating in coordination structures that are complementary to their own formal institutional processes. The challenge is to maintain a community network governance model that does not duplicate, but contributes effectively to the institutional coordination and consultation mechanisms public partners must use to plan services for the whole population of their territory. A transfer of the community network agenda to public partners means that the specific interests of English-speaking minority communities risk being marginalized.

Vulnerable communities

The portrait of demographic and health determinant characteristics of English-speaking minority communities highlights many vulnerable communities. The current regional and local networks reach only 27% of the 95 sub-regional administrative territories that are at the heart of the populational approach to service organization. Approximately one-fifth of the English-speaking minority population lives in territories where regional and local networks are operational. Communities in the Laurentides, Lanaudière, Saguenay, Mauricie et Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent and Abitibi-Témiscamingue regions are demographically vulnerable, have weak community infrastructure and experience health status inequalities. In other regions, such as Montérégie and Chaudière-Appalaches, networks do not cover all territories with vulnerable English-speaking minority communities.

The evaluation of the implementation and early results of the networks points to differences emerging between the communities participating in networks and those who are not. Participating communities are experiencing significantly more positive impacts of knowledge development, community participation, identification of needs and priorities, coordination, and volunteer training and development.⁶⁴

The challenge is how to engage vulnerable English-speaking minority communities in the context of major reorganization of the health and social services system, when their community capacity to develop and sustain networks is very limited or non-existent.⁶⁵

BUILDING THE FOUNDATIONS: PRIMARY HEALTH CARE

Under the auspices of the Community Health and Social Services Network, 37 primary health care transition projects were implemented in a 15 month period ending in March 2006.⁶⁶ Projects were carried out in 14 administrative regions with the aim to improve access to primary level health and social services in English and foster links between English-speaking minority communities and service providers.⁶⁷ Three priority areas were targeted: better access to health information lines (Info-Santé); improved access to front-line community-based health and social services; and adaptation of living environments in institutions to meet cultural and linguistic needs of English-speaking people.

⁶⁴ ENAP, *Preliminary Evaluation Report: Health and Social Services Networking and Partnership Initiative*, Quebec Community Groups Network (QCGN), November 2006, p. iii-iv.

⁶⁵ The evaluation points out that a number of communities failed to apply successfully to the networking contribution program because of insufficient capacity to mobilize and perform the application task. This suggests that weaker communities need targeted support in order to successfully bid for new resources to form networks.

⁶⁶ An additional 23 primary health care transition projects are funded for 2006-2007. The projects are built on the first phase of the primary health projects by adding targeted initiatives to improve mechanisms to monitor health status of English-speaking people; adapt services as part of developing clinical and organizational projects; and strengthen partnerships between institutional and community partners.

⁶⁷ To see the results of each project, consult the *CHSSN 2004-2006 Primary Health Care Access Initiative – Project Guide*, available on the CHSSN website: <http://www.chssn.ca>.

Service providers and community organizations surveyed on project results affirmed that conditions of access to health and social services for English-speaking minority communities improved, and that project activities are leading to an increase in demand for services by English-speaking people. Service providers believe that the projects are strengthening the capacity of their organizations to serve English-speaking minority communities. Specifically, there is an increase in personnel capable of providing service in English, services are better adapted to respond to needs and there is increased knowledge of community needs.⁶⁸ English-speaking people are becoming more informed of services as a result of strengthened ties between community organizations and service providers. The network projects in certain regions are playing a key role in producing positive results. This is the case where primary health care projects are part of the network activities in the Gaspé, Montérégie, Estrie, Montréal (east) and the Outaouais.

Reorganization of the health information system (Info-Santé)

A series of inter-related initiatives were coordinated with the implementation of a major overhaul of the Info-Santé program by the Ministry of Health and Social Services. Four centralized English-language Info-Santé centres were established in Montréal, Laval, Estrie and Outaouais. The purpose is to ensure a critical mass of bilingual nurses in designated centres to serve English-speaking people 24 hours a day, 7 days a week. To achieve this, over 1,550 protocols used by nurses to advise callers were updated and translated into English. Inventories of community resources were also updated and translated and 97 nurses received language training.⁶⁹

Human resources recruitment and development

Eight projects recruited a total of 64 professionals to increase availability of services in English. A number of projects recruited volunteers from English-speaking minority communities to complement services. Thirty volunteers received orientation sessions. Over half the projects offered specialized language training for 391 nursing, social work and other professionals.

Translation of documents for users and professionals

Almost half of the projects translated documents for both English-speaking users and the professionals designated to serve them. This activity contributed to the improvement of the offer of services. Over 791 documents and guides for English-speaking users were translated along with 288 documents for professionals.

Cooperation and partnership activities with English-speaking minority communities

Partnership activities with community organizations were considered a main action lever for service providers. Joint activities included needs assessments that in some cases led to decisions on measures to improve access to

⁶⁸ ENAP, *Final Report: Evaluation of the Implementation and Initial Impact of the Primary Health Care Transition Project of the CHSSN*, October 2006, p. iii.

⁶⁹ *Rapport final des activités et des résultats du projet « Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec*, CHSSN, May 2006, p 28.

services.⁷⁰ This cooperative approach supported the joint actions of service providers and community organizations to promote the offer of services in English-speaking minority communities.

Promotion of services

Promotion activities informed English-speaking people of services in English in order to encourage greater use by communities. Over half of the projects had promotional campaigns, which included use of brochures, published notices and articles. Over 2,900 English-speakers attended orientations, forums and workshops on health promotion and related topics.

Development of informational resources

Just under half of the projects carried out studies of community needs. In some cases, the results provided information on the quality of the services and their level of use by English-speaking people. In many cases the needs surveys led to decisions regarding improvement of access to services.

The CHSSN produced extensive demographic and socio-economic profiles on English-speaking minority communities in each administrative sub-territory. The material was transmitted to the 37 project promoters and their community partners to assist them in the planning and implementing the primary health care transition projects.

Service reorganization activities

The service reorganization initiatives aimed to change the way services are provided by introducing new models of service organization. The goal was to address the problem of insufficient demand for services in English (due to under use or dispersed populations) with a structural approach to improving the offer of services. The reorganization of the health information line (Info-Santé) to create four central facilities to serve English-speaking people is the major example of this activity.

Service reorganization projects involved both inter-organizational and intra-organizational initiatives. Inter-organizational activities targeted services within a given territory and involved several organizations. An example is the *Centre de santé et de services sociaux* (CSSS) Pontiac in the Outaouais region, which has developed an integrated palliative care program across its territory. An interdisciplinary team was recruited and trained. A series of complementary actions included other community resources, a community hospital and its foundation, the regional development agency and organizations in the English-speaking community. The project has led to the design of a new palliative care centre to be housed at the Pontiac Community Hospital.

An intra-organizational strategy for structural change involves reorganizing services within a single organization. An example of this is the *CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke* in the Estrie region, which developed a nine-person team of recreation technicians to deliver a program of individualized

⁷⁰ ENAP, *Final Report: Evaluation of the Implementation and Initial Impact of the Primary Health Care Transition Project of the CHSSN*, October 2006, p. 23.

social and educational activities for English-speaking residents in its four long-term care pavilions. The program involved families of the residents in the development phase, which also saw the recruitment and training of community volunteers to support the project.

CHALLENGES

Sustainability of results in a context of change

The measures to improve access to primary health care and first level social services occurred over a short 15 month time frame, while the reorganization of the system is to take place over a longer period. The development of the clinical and organizational projects is a key to sustaining the results of these investments in the context of reorganization of services using a populational approach. The full implementation of Quebec's 95 local services networks still lies ahead. The challenge is to ensure that the results of the early investments to improve primary level health and social services for English-speaking people are sustained and carried forward into the next phases of restructuring Quebec's health and social services system.

Complexity of service reorganization objectives

Implementing the structural changes to the system required to ensure long-term solutions to problems of access posed challenges for project promoters because of the short project implementation period. Service reorganization requires a four-step process of studies and joint activities to establish profiles of supply and demand; proposal of service delivery models; negotiating and signing of partner agreements; and implementing decisions that affect the deployment of human resources. The strategies of project promoters to influence regional decision-making processes were often limited by the actions of other stakeholders responding to different priorities, and by the hierarchical position of the project promoters in the health and social services system. The challenge is ensuring the investments aimed at structural improvements of access to services for English-speaking communities are aligned with the multi-year, multi-step reform of the Quebec system.

BUILDING THE FOUNDATIONS: TRAINING AND HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT

The McGill University Training and Human Resources Development Project aims to ensure that Quebec's health and social services system can maintain a sufficient complement of personnel capable of providing the range of services in the English language. The university plays a key role, as it is the only English-language institution offering the complete range of professional degree programs in the health and social services fields. Its leadership in research is adding an important dimension to the implementation of the measures. The Community Health and Social Services Network is the principal contracted community partner responsible for ensuring liaison between the project and English-speaking minority communities.

The initiative is contributing to an enhanced capability of the Quebec health and social services system to ensure its human resources can provide continuous quality services to English-speaking people. Project measures are supporting improvements in the range and quality of services provided to small or dispersed English-speaking

minority communities. A key feature is an innovative partnership model linking the University with the 17 regional health and social services agencies, a number of health and social services institutions, language training organizations and community organizations. Their contribution is outlined in the following table. Partnership agreements are helping to increase the number of English-speaking professionals that will work in the regions. As a result, collaboration with service providers and English-speaking minority communities is creating a new role for the English-language educational milieu in training and supporting professionals who work, or intend to work, in the regions.

An advisory committee is consulted regularly on aspects of project implementation as well evaluation and research initiatives. The consultative body is comprised of mandated representatives of constituencies considered as stakeholders in the project's activities. Members include representatives of the *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, the professional orders of social workers and nurses, public institutions, community representatives, the *Consortium national de formation en santé*, the McGill University Health Centre and academics working on the inter-university research team associated with the Project.

Partnerships and inter-sector collaboration⁷¹

Measure	Partner	Contribution
Language Training Program	<ul style="list-style-type: none"> -Community Health and Social Services Network -<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i> -Health and social services agencies -Health and social services centres and their local network partners -Community-based organizations -Training organizations 	<ul style="list-style-type: none"> -Ensures participation of English-speaking minority communities -Ensures projects are consistent with departmental priorities -Coordinates program implementation in each region -Share in assessing staff needs and in program implementation, monitoring and evaluation -Make their needs known and share in local or regional projects -Provide training and share in the trainer exchange and support network
Retention of professionals in the regions	<ul style="list-style-type: none"> -Educational institutions -<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i> -Health and social services centres and their local network partners -Community-based organizations 	<ul style="list-style-type: none"> -Partners with McGill project and health and social services institutions - Ensures projects are consistent with departmental priorities -Agree to maintain or create placement sites -Support institutional placement sites
Distance professional support	<ul style="list-style-type: none"> -McGill University Health Centre -English and French Language Centre (McGill Faculty of Arts) -<i>Consortium national de formation en santé (CNFS)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -Design of distance professional support program -Design of written French program for English-speaking students who will be working in a Francophone environment -Partnership for fieldwork supervisor training program
Distance community support	<ul style="list-style-type: none"> -Community Health and Social Services Network 	<ul style="list-style-type: none"> -Coordinates program implementation, monitoring and evaluation

A range of measures are being implemented. They include language training; regional retention of graduates of professional degree programs; and distance community and professional support initiatives.

Language training

In 2005-2006, the first year of the language training program, English second language training was provided for 1,427 Francophone professionals in 15 regions.⁷² The training objectives were developed by each health and social services agency in conjunction with the public institutions and the English-speaking community of each region. Training priorities were selected in accordance with the needs of English-speaking communities

⁷¹ McGill Training and Human Resources Development Project, *Annual Report 2005-2006*, June 2006, p. 15.

⁷² Ibid., p. 9.

identified as part of access programs for health and social services in English to be approved by the Quebec government.

Of the personnel involved, 56% occupied posts in reception and referral services, 24% in social services posts, and 20% in health services. Eighty-one institutions participated, which included 39 health and social services centres, 14 rehabilitation centres, 8 hospitals, 6 youth centres and 6 long-term care centres.⁷³ In 2006-2007, all 17 regions will be participating with an expected enrolment of 2,000 Francophones.

Recruitment and retention of human resources

The aim of this pilot measure is to encourage English-speaking professionals, including students in professional degree programs, to move to or stay in the regions. The project is funding 22 pilot internship partnerships in 14 regions.⁷⁴ Each partnership involves educational institutions with one or more service providers and the local English-speaking community. An important activity is the development of student internships in Francophone institutions that will encourage these institutions to hire graduates. Nine of the partnerships are led by health and social services institutions and 6 by community organizations. There are 5 projects led by educational institutions to support student internships in the different regions.

Over 132 confirmed offers of internship have been put forward by the partnerships. The internships will help fill gaps in nursing, occupational and physiotherapy, dietetics, social work and other professions.

A range of measures are supporting the partnerships. These include an on-line supervision course to assist those in the Francophone institutions who will be supervising English-speaking students. The course was designed by the *Consortium national de formation en santé* and marks an important collaboration between the CNFS and McGill University.

As well, French language courses are being offered to bolster French-language written and oral skills of English-speaking students in professional degree programs. This is a key initiative aimed at encouraging English-language graduates to feel comfortable working in Francophone institutions, whether in the eastern sector of Montreal or in the regions. It will also help students meet the language requirements for professional accreditation in Quebec. Other activities include the creation of a bank of internship opportunities in the regions, a summer externship program and a student support program to help students offset the costs of internships away from home.

Distance community support

The distance community support program is offering distance services through videoconferencing or Telehealth to English-speaking minority communities in distant or rural regions. The Community Health and Social Services Network coordinates the measure in partnership with the McGill University Health Centre. Access to a range of prevention and health promotion information has improved for a number of communities. Communities

⁷³ Ibid., p. 10.

⁷⁴ Ibid., p. 12.

have acquired an expertise and a capacity to identify needs and mobilize community participation in Telehealth sessions. Partnerships have been established between English-speaking minority communities and the institutions in their region providing health promotion and prevention programs.

In 2005-2006, Telehealth programs were delivered to 11 isolated communities reaching 28 different videoconferencing sites. Programs included information on cancer, parent-adolescent communication, palliative care, prevention of drug and alcohol abuse and bereavement.⁷⁵ In 2006-2007, the program reached new communities with professionals addressing issues of attention deficit disorders, bullying in schools, mental health, and dyslexia.

Almost 700 people have participated in the sessions.⁷⁶ The Telehealth program is filling an important gap in access to public health and prevention programs in English in communities with insufficient numbers to warrant provision of the services in English by local institutions.

Distance professional support

The McGill University Health Centre is coordinating a program using Telehealth to support professionals working with English-speaking minority communities in different regions. The objective is to provide distance professional support to isolated English-speaking professionals to encourage them to remain in the regions. Also participating are French-speaking professionals serving English-speaking people who want access to English-language resources to improve their ability to serve an English-speaking clientele.

Professional development and training are aspects of new mandates accorded the four integrated university health networks (including the McGill University Health Centre), in the new context of Quebec's health and social services system. Time was required to ensure the distance professional support measure was in conformity with the new ministerial orientation assigning a corridor of access to specialized and superspecialized health services to each integrated university health network. A flexible approach was eventually sanctioned allowing the launch of the distance professional support program in March 2007.

Research program

The McGill project has supported the creation of an inter-university research team which is working to establish an infrastructure for research into questions related to communication and language training issues affecting access to health and social services for linguistic minorities.⁷⁷ The research team also provides expertise, where appropriate, to the language training component of the McGill project. Four areas of research have been identified which will eventually contribute to new knowledge relevant to communication and the delivery of services to Official Language Minority communities.

⁷⁵ Ibid., p. 13.

⁷⁶ Evaluations of the Telehealth sessions are available on the Community Health and Social Services Network website: <http://www.ihano.org>.

⁷⁷ Participating researchers come from McGill University, Concordia University, Université du Québec à Montréal and Université de Montréal.

CHALLENGES⁷⁸

Integrating language training into human resources development priorities

English-language training courses for Francophone professionals have met with great success, as they were undertaken on a voluntary basis and adapted to the service context and vocabulary of the health and social services system. Other incentives contributed to this success, including provision of staff replacement costs in some instances for institutions releasing personnel for training. With over twenty different organizations providing the language training, a challenge remains with respect to establishing standardized levels of language competence required for different types of intervention. Moving to this next stage of developing training standards will help ensure that English-speaking people receive the same quality of services in English throughout Quebec. There is also the challenge of workplace integration of the language skills acquired by the professionals completing a language training program.

Quebec's human resources in the health and social services sector are in major flux due to extensive reorganization of personnel and retirement of professionals from the system. The constant movement of personnel creates major challenges for institutions aiming to ensure continuous access to services in English. The challenge is to ensure that English second language training is integrated into the human resources development plans of the institutions and that recurring resources are provided to meet ongoing needs.

Adapting internship practices in the health and social services system

The internship pilot program being developed through the 22 partnerships is seen as a means to compensate for the lack of manpower by attracting potential new employees. For the institutions responding to the needs of their English-speaking clientele, the program is perceived as very promising. Internship programs in health and social services require, in most cases, that the institutions provide personnel to supervise students. This is often seen as extra work for professionals acting as supervisors who, themselves, are often overextended. The challenge is to establish terms of remuneration of public institutions that would encourage their ongoing participation in internship programs for English-speaking students.

Francophone institutions require that students in internship programs meet French-language competency levels in order to function in a Francophone administration. The challenge is ensuring that recurring resources are available for English-language degree programs in order that English-speaking students interning in Francophone institutions have the required French-language skills.

Youth out-migration is a factor affecting many regions. The English mother-tongue community fell from 14% to 9% of the total population in Quebec in 15 years.⁷⁹ A 1991 survey carried out in English-language high schools

⁷⁸ The challenges identified in the implementation of the training, retention and distance service measures emerged from consultations with stakeholders held by the Provincial Committee for the dispensing of health and social services in the English language, in the preparation of its opinion to the Quebec Minister of Health and Social Services on the integration of the results of the federal Action Plan measures into the health and social services system. The opinion was submitted in December 2006.

⁷⁹ Uli Locher, *Youth and Language, Volume II, Language Use and attitudes among young people instructed in English (secondary IV through CEGEP)*, Conseil de la langue française (Québec), Chapter 8, 1994.

and CEGEPs (community colleges) underscored dissatisfaction with opportunities in Quebec, with 73% of English-speaking students stating they envisioned their future outside Quebec.⁸⁰ While studies estimate an actual departure rate of over 30%, the out-migration of youth is having an affect on regions. Targeted action is required to bolster the capacity of English-language professional degree programs in the health and social services fields to recruit English-speaking youth at the high school and CEGEP levels into their programs. Such a strategy would address the issue of youth retention in the regions, as well as the problem of chronic underemployment of Anglophones in Quebec's health and social services system.⁸¹

Recruitment and retention of professionals in the regions is a challenge for all institutions regardless of language. It also affects regions like Montreal, which risks losing graduates through recruiting efforts of other regions or provinces. In a context of competition for human resources, and difficulty attracting professionals to the regions, drawing English-speaking professionals to intern and then work in distant regions requires extra effort from all partners concerned. In this regard, a long-term investment is required in order to encourage knowledge-building and new evaluation approaches that can contribute to the development of effective recruitment and retention strategies.

Organizational and capacity challenges for Telehealth

Videoconferencing is an effective way to serve English-speaking minority communities in distant or rural regions. These are communities that would not otherwise have access to public health programs that are available to the majority community. Quebec's telecommunications network supporting videoconferencing capacity is at its limit with respect to its ability to support a growing volume of activities. With an increasing burden on the transmission network, distance community support programs are not necessarily perceived as a service priority. The challenge is to establish protocols of access to the telecommunications system that recognize that the distance community support programs fall within the objectives of Quebec's public health strategy, and that access to the telecommunications network be assured for programs destined for English-speaking communities.

The establishment of the integrated university health networks with designated corridors has created ambiguity with respect to mandates to provide services to English-speaking minority communities located outside the designated corridor of the McGill University Health Centre. The challenge is to ensure that in the implementation of the new corridors of access to specialized and superspecialized health services, the needs of all English-speaking minority communities are taken into account; and that ministerial orientations explicitly recognize the obligation for integrated university health networks to undertake agreements between themselves to ensure full access to these services, including those delivered by Telehealth.

⁸⁰ Ibid., Chapter 10.

⁸¹ CCESMC, "*Building on the Foundations - Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities*", Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities, Table: *Employed in Health Care and Social Assistance, (MMI), Quebec, 2001, 2007*, p. 154.

ACTIVITIES NOT FUNDED BY THE FEDERAL ACTION PLAN

Two other levers proposed by the CCESMC in its 2002 Report were not identified in the federal Action Plan. Notwithstanding, a strategy was implemented to move forward in the areas of research and strategic information, and technology. As well, initiatives were supported by the Public Health Agency of Canada through the Population Health Fund that complement the Action Plan investments.

BUILDING THE FOUNDATIONS: RESEARCH AND STRATEGIC INFORMATION

Two principal factors characterized the situation of research on English-speaking minority communities at the time of the Committee's 2002 Report to the Minister. First, there was no coordinated strategy in the research community to pursue research on English-speaking minority communities in Quebec. Second, there was a general state of institutional disengagement with little incentive for researchers to pursue the community as an area of study. Research focussing on Official Language Minority Communities has not been recognized as a mainline fundable field of research.

Since 2004, the Quebec Community Groups Network (QCGN) and the Community Health and Social Services Network (CHSSN) have pursued a coordinated knowledge generation and research strategy, which is now delivering promising results. The QCGN mobilized the research community by holding a conference in 2005 that laid the groundwork for the creation of a research network, and has defined research as one of its key strategic orientations. The QCGN is pursuing concrete initiatives such as the development of an inventory of researchers, and the creation of a single-window, virtual community resource as a knowledge base for use by communities, researchers, planners and policy-makers. The QCGN is also developing its capacity to produce trend studies on the vitality of English-speaking minority communities in Quebec as part of its knowledge generation strategy.

The CHSSN focussed on knowledge development, knowledge dissemination, and research partnerships within the university milieu. It has compiled demographic data, survey information and health determinant profiles that provide comprehensive portraits of the health status and vitality of English-speaking minority communities in Quebec. Three Baseline Data Reports, a *Centre de recherche sur l'opinion publique* (CROP) survey, an interactive data model with census information and community health survey data are products of this initiative. This new information is being actively disseminated to community, institutional and government stakeholders.

The CHSSN partnership with the McGill Training and Human Resources Development Project is shaping a community-institutional research partnership and creating momentum to define thematic orientations of research on the health of English-speaking minority communities. A CHSSN research symposium in February 2006 brought together researchers and community and public partners to share information and best-practices on research, evaluation and community development initiatives. This information-sharing encouraged stakeholders, but also underscored gaps in the promotion of research, evaluation and knowledge dissemination in support of the vitality of English-speaking minority communities.

Other initiatives are helping to position stakeholders for more concerted action. The inter-university research team associated with the McGill project is actively pursuing participation in strategic research networks to

contribute to sharing, access and application of research knowledge. Eventual links between researchers in Quebec, the rest of Canada and beyond can serve as an important lever in efforts to define national objectives supporting research on Official Language Minority Communities. In this regard, joint participation of English and French-speaking representatives on the advisory committee to the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is an important step. CIHR has adopted a three-year strategic plan which, among other goals, aims to define a domain of research on the health of Official Language Minority Communities and establish partnerships to fund identified research themes. The work of the Statistics Canada Post-Censal Survey advisory group and the creation of the Canadian Heritage- Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) research program are other examples of actions that are slowly advancing the research agenda.

CHALLENGES

While there has been significant progress in mobilizing key actors to define a research strategy for English-speaking minority communities, there are significant challenges to achieving desired outcomes. The domain of research on Official Language Minority Communities is not recognized as a priority. Consequently, mobilization of research, particularly within large university settings, is difficult in the absence of a defined field of research.

BUILDING THE FOUNDATIONS: TECHNOLOGY

Telehealth

The Committee's 2002 Report to the Minister identified technology as a lever to extend the provision of health services to distant, dispersed or rural English-speaking communities in Quebec. The proposed measures aimed to expand the use of Telehealth and Telemedicine; support the development of multi-disciplinary intake centres for distance services; and develop enabling connectivity and technology infrastructure. A multi-year Telehealth partnership between McGill University, the McGill University Health Centre (MUHC) and the Community Health and Social Services Network has established this lever as a service delivery model for English-speaking minority communities. An evaluation by McGill of an earlier pilot project testing video technology as a service delivery model for psycho-social intervention and health promotion concluded that the technology conformed to professional standards of practice.⁸²

The CHSSN and the MUHC continued the development of a Telehealth program for English-speaking minority communities with short-term project funding until the absorption of the program by the McGill Training and Human Resources Development Project. A three-year program is now underway and delivering substantial results for English-speaking minority communities. The MUHC-CHSSN Telehealth partnership has been identified in the MUHC Strategic Plan, approved by the *Ministère de la Santé et des Services sociaux*. It is in conformity with the MUHC designation as an integrated university health network, defining service access corridors with 22 local services networks in seven regions.⁸³

⁸² The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work, *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, March 2003.

⁸³ Agreements between integrated university health networks to ensure English-speaking minority communities in all corridors have access to specialized and superspecialized services are pending.

CHALLENGES

A sustainability plan is required to significantly expand Telehealth as a normal cost-effective model of delivery of English-language services, within the new context of the organization of health and social services in Quebec.

Community Learning Centres

The second technology measure proposed by the CCESMC is the development of multi-disciplinary intake centres for distance services. The CHSSN invited the *Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport* (MEQ) and the Quebec English School Boards Association to test the concept as part of its community vitality survey conducted by CROP in 2005.⁸⁴ The survey results showed very strong support for the 'community school' concept, and health and social services was identified as one of the needs to be addressed. The MEQ subsequently launched a pilot program to create 15 Community Learning Centres in October 2006.

The development of Community Learning Centres offers an opportunity for community and institutional stakeholders promoting improved access to health and social services for English-speaking minority communities to participate in partnerships with schools interested in this community component.

In the development phase of the Video Collaboration Network that will link the 15 centres, the CHSSN will contribute program proposals for the delivery of health and social services to the Community Learning Centres through the CHSSN Telehealth Program, in collaboration with the McGill University Health Centre and the Jeffery Hale Hospital. The CHSSN is a member of the resource advisory group to the MEQ project and is preparing to contribute its expertise in the areas of: team consultation; information and materials on population health strategies; demographic and health determinant profiles; service delivery models; and community development strategies.

CHALLENGES

The Community Learning Centres are pilot projects that will test the feasibility of opening up schools to their communities through the development of partnerships with the public, private and community sectors. If the model is successful, resources will be required to extend the model to other communities and increase the investment in community capacity to coordinate distance community support programs in the area of public health.

BUILDING THE FOUNDATIONS: POPULATION HEALTH

In 2007, the CHSSN completed implementation of a five-point community health promotion strategy for English-speaking minority communities.⁸⁵ The three-year project was funded by the Public Health Agency of

⁸⁴ CHSSN-CROP *Community Vitality Survey*, 2005.

⁸⁵ The project built on a CHSSN initiative launched in 2003 "A Community Guide to the Population Approach". The purpose of the guide was to introduce community organizations to the population health approach to defining need, priorities and action to improve health determinants affecting English-speaking minority communities. The project "We

Canada through the Population Health Fund. It promoted participation of English-speaking communities in the development of health promotion strategies and strengthened their role in Quebec's health and social services system. Initiatives were launched to engage different sectors and bring English-speaking minority communities directly into the development of population health models in the newly created local services networks.

The project strengthened community capacity in 10 target communities to map health determinants to promote collaboration between communities, planning authorities and service providers. The CHSSN-CROP survey produced new information on the vitality of English-speaking minority communities, and a report on the status of social support networks in English-speaking minority communities was published.⁸⁶ The strategy targeted the communities of the Lower North Shore and the Gaspé coast for development of pilot social economy projects to create new resources serving health and social services needs. A provincial conference took place in February 2006, bringing together all stakeholders involved in initiatives to improve access to health and social services for Quebec's English-speaking communities.

CHALLENGES

The next project phase projected for 2007-2008, will focus on delivery of adapted public health programs to target English-speaking minority communities in collaboration with the *Institut national de santé publique* along with regional and local public health programs. An invitation to share best practices with other community networks outside of Quebec will be developed, particularly with networks serving minority French-speaking communities. As well, important new census information on English-speaking minority communities will help update demographic and health determinant profiles.

The health promotion initiatives will serve to support the participation of English-speaking communities in the implementation of Quebec's Public Health Plan establishing the framework for new public health initiatives at the provincial, regional and local levels. The CHSSN will also seek to ensure English-speaking minority communities are stakeholders in the development of a new national Public health strategy.

Can Act" moved to the next phase of implementation of a health promotion strategy in English-speaking minority communities using approaches enunciated in the guide.

⁸⁶ Joanne Pocock, *Social Support Networks in Quebec's English-speaking communities*, CHSSN, April 2006.

BLUEPRINT FOR ACTION: STRATEGIES FOR RESULTS

All stakeholders involved in the implementation of the federal Action Plan have participated in efforts to ensure that results of the measures are sustained in English-speaking communities and Quebec's health and social services system. The provincial network (CHSSN) brought stakeholders together in February 2006 to review progress and identify strategies to effect long-term change. The provincial network developed a strategic orientation and sustainability plan to act as a blueprint to guide collective efforts to maximize the benefits of current investments and set the stage for future action. Four linked strategies have emerged and serve as the foundation for action to improve health outcomes and the vitality of English-speaking minority communities in the period ahead.

STRATEGY ONE: CONSOLIDATING NEW NETWORKS OF COMMUNITIES AND PUBLIC PARTNERS

Formal networks of communities and public partners are a key to sustaining improvements in access and effecting the organizational changes in the system to meet long-term goals. The networking measure is helping to create durable partnerships between communities and the broader health and social services system, as well as reinforcing links between English-speaking minority communities, their resources and their historical institutions.

Engagement of the community's historical institutions with English-speaking minority communities is an important element of network sustainability. McGill University's role in implementing measures in communities and the health and social services system, along with supporting an inter-university research program to create new knowledge, is a major new development. The partnership of the McGill University Health Centre Telehealth Program with the CHSSN demonstrates a capacity to deliver new services to English-speaking minority communities. Other historical institutional stakeholders are actively engaged in the networking model, such as the West Montreal Readaptation Centre in the McGill internship program and Saint-Brigid's Home-Jeffery Hale Hospital in the CHSSN primary health care transition project.

The health and social services system is demonstrating new openness to addressing the needs of English-speaking people in a context of major reform. This is evident in the willingness to adopt strategies to integrate and sustain current investments and welcome new initiatives. The 11 new networks supported by the Action Plan are showing that public partners can become comfortable in functional relationships with English-speaking minority communities. Each network has developed a sustainability plan involving its public partners in order to promote the long-term viability of the network units.

The provincial network is a key actor in mobilizing efforts to sustain the new networks. Its network model links 65 community organizations, public institutions, foundations, and other stakeholders dedicated to a common purpose of promotion of projects and partnerships to improve access to health and social services for English-speaking minority communities. The *Ministère de la Santé et des Services sociaux* has become an important collaborator with the provincial network in the implementation of the primary health care transition projects. It has provided support to McGill University in the implementation of the Training and Human Resources Development Project. This new relationship with the senior-level public administration is a pivotal one, and essential to the success of strategies to integrate the current federal investments and to setting the stage for future initiatives.

STRATEGY TWO: FIVE STRATEGIC ENTRY POINTS FOR ACTION TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES

Development of new models of service delivery is essential to adapting the organization of services in the health and social services system in order address new priorities for improvement of health outcomes in English-speaking minority communities. The current stage of reform of the Quebec system presents opportunities to introduce measures of improvement into emerging clinical and organizational projects. Other opportunities exist with the establishment of integrated university health networks and the implementation of the Quebec Public Health Program 2003-2012.

The evaluation of the first effects of the primary health care transition projects showed that initiatives aimed at the reorganization of services were the most difficult to implement because of the complexity of long-term system change and the limited scope of short term projects in influencing the larger context. While many measures were deemed as successful in the short term, with respect to improvement of the offer of services in English, project promoters and community partners identified sustainability as a major issue.⁸⁷ Consequently, a strategy is proposed to target points of entry in order to maximize capability of service providers to ensure access and improve health outcomes in English-speaking minority communities. The goal is to secure continuous and quality services in English as a permanent feature of Quebec's health and social services network.

Incubation of new service models

The development of new models of services delivery that are incubated and introduced into the system is an innovative approach to effecting the structural changes necessary to create the critical mass of demand to justify service offers.

The model for the organization of services to the English-speaking population of the Québec region is an example of adapted service model development. The integration of the Jeffery Hale Hospital, Saint Brigid's Home and the Holland Centre aims to make the widest possible range of primary level health and social services available to the English-speaking community. These services include: general medical services; services for

⁸⁷ ENAP, *Final Report: Evaluation of the Implementation and Initial Impact of the Primary Health Care Transition Project of the CHSSN*, October 2006, p. iii.

seniors ranging from a day centre to long-term care; and services for families, youth and adults that include early childhood services, a “Healthy Schools” program, and mental health services.

The model concentrates demand in order to create sufficient client bases. It regroups service providers and professionals for whom serving the English-speaking population is a priority. It also works within the public system through partnerships in order to extend the range of accessible services.

The innovative service model is demonstrating other promising gains. It is enhancing participation in clinical projects being developed by certain health and social services centres; ensuring participation in regional coordination mechanisms involving other service providers; developing information and analysis of the English-speaking population and its needs; developing new services; developing research partnerships and disseminating the model to other English-speaking minority communities through its partnership with the Community Health and Social Services Network.

A second example is the use of Telehealth to deliver prevention and promotion programs to isolated or underserved English-speaking minority communities. These programs include cancer prevention, mental health, drug and alcohol addiction, bullying, dyslexia, attention deficit disorders, among others. The community partnership with McGill University and the McGill University Health Centre has resulted in an innovative service model that was initially evaluated as effective, but has not been integrated into the system and recognized as a normal platform for delivery of prevention and promotion programs in English. The incubation of the service model has reached a stage where combined efforts of the institutional and community partners are required to move the model from the “incubator” into the system itself. This will require further evaluation in order to promote the model in the new context of organization of services. Mobilization of Quebec’s four integrated university health networks and the public health system will be a critical part of the next stage. A desired outcome is improved delivery of Telehealth that supports expansion of the range of health promotion programs available to more English-speaking minority communities.

Broad system intervention

Effecting strategic system-wide changes that have structural or long-term impacts on access to English-language services is a second entry point for action. One example is the reform of the Info-Santé system. Significant infrastructure adaptation was undertaken to create four central operations to ensure 24 hour, 7 day a week access to the health information line in English. The full implementation in accordance with orientations of the Québec *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, requires that further investments be made to ensure that the expanded mandate to include social interventions takes into account the needs of English-speaking people. As well, sustained action is needed to ensure that prevention and promotion programs under the Public Health Program, delivered through Info-Santé and Info-Social, are adapted for English-speaking people. This requires translation of response protocols for campaigns that address, among other public health issues, West Nile Virus, SARS, outbreaks of hepatitis and contaminated drinking water warnings.

Another example of broad system intervention is a CHSSN proposal, supported by a provincial advisory body to the Quebec government, to reform client information systems in the health and social services network.⁸⁸ Currently, client information systems do not systematically track English-speaking clientele. As the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* launches a major upgrade of client tracking systems, a strategic intervention to ensure new systems identify English-speakers would address a serious gap in the current capacity of the health and social services system to identify the needs of English-speaking service users. The lack of client information about English-speaking users often means that consideration of their needs is absent from planning, and subsequently absent from service programs.

Adaptation of clinical and organizational projects

Each of the 95 newly created health and social services centres are responsible for defining clinical and organizational projects to ensure that the entire population of its territory has continuous access to a broad range of general, specialized and superspecialized health services and social services. The elements comprising each plan include: the social and health needs as well as distinctive characteristics of the population; the objectives to be pursued to improve the health and well-being; the supply of services required given needs and particular population characteristics; and the organizational structures to deliver services.

The clinical and organizational projects are at the core of the exercise of the new population-based responsibilities coordinated by the health and social services centres. They constitute a natural entry point for federal resources supporting new priorities to improve health outcomes for specific population groups. A targeted federal contribution would constitute an important lever supporting Quebec's initiatives to improve access to services for English-speaking communities in eight intervention programs defined for the whole population. These programs are:

- Public health;
- Physical health;
- Seniors and those with loss of autonomy;
- Youth and families;
- Mental health;
- Physical disability;
- Intellectual disability and development disorders; and
- Alcohol and drug addiction.

⁸⁸ Letter from the Committee for the dispensing of health and social services in the English language to the Quebec Minister of Health and Social Services with respect to its opinion regarding the integration of the results of the federal Action Plan into the health and social services system, December 19, 2006.

Sustaining improvements in health outcomes for English-speaking minority communities is an objective shared by English-speaking minority communities and the public institutions that serve them. The *Ministère de la Santé et des Services sociaux* has set guidelines that link the development of the clinical and organizational projects with the development of programs of access to health and social services in English.⁸⁹ The access programs are approved by the Quebec government and establish the entitlement of services in English by identifying in decrees the service providers and the programs they offer in English.

Adaptation of service 'corridors' and integrated university health networks

Institutions must establish service 'corridors', or channels in which patients can move from one tier of medical services to another. These include local hospital medical services, usually part of the health and social services centre, regional medical services of a regional hospital centre, and provincial services provided by university hospital centres and university-affiliated institutions and hospital centres. The corridors correspond to particular health issues such as cancer, loss of autonomy through aging, chronic disease, and others. Service continuity is ensured by referral mechanisms and special agreements between institutions in a given 'corridor' arrangement.⁹⁰ A government social and health survey determined that 27% of people waiting three months or longer to see a medical specialist considered that the delay in consultation was too long.⁹¹ The introduction of service corridors will help address the issue of timely access to specialized and superspecialized medical services.

An opportunity to introduce measures to promote timely access for English-speaking people is opening up with the procedure each health and social services centre must undertake to establish service agreements to cover the needs of the population. The agreements must provide for patients to be returned to their health and social services centre of origin when specialized or superspecialized medical services are no longer needed. Models of tracking and referral of English-speaking patients and conclusion of agreements that ensure linguistic needs are met are actions that promote adaptation of tiered medical services.

Each of four integrated university health networks has a main territory for which it is responsible for providing superspecialized services for a target clientele. The networks also have territorial mandates as teaching hospitals with respect to training of personnel. Although there is no absolute application of territorial exclusivity in order to respect patients' and professionals' freedom to choose, the integrated university health networks are concentrating efforts on organizing services to meet needs of the other tiers of medical services in their assigned 'corridors'.

An entry point for new models of service delivery for English-speaking people lies with both intra and inter-network agreements that will be necessary to ensure that English-speaking people that are unable to be served in English in their 'corridor' of residence, can be served by another university health network.

⁸⁹ *Frame of reference for the implementation of programs of access to health and social services in the English language for English-speaking persons*, MSSS, March 2006.

⁹⁰ *Guaranteeing Access : Meeting the challenges of equity, efficiency and quality*, MSSS, 2006, p. 24.

⁹¹ *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, 2001, p. 397.

Adaptation of prevention and promotion initiatives

The Quebec Public Health Program 2003-2013 identifies the strategies to guide action to improve the determinants of the health and well-being of the Quebec population. The public functions include: surveillance of health status and its determinants; promotion of health and well-being; prevention of diseases, psychosocial problems and injuries; and health protection. Six areas of intervention form the basis of public health programs at the provincial, regional and local levels. They include: development, social adjustment and integration; lifestyles and chronic diseases; unintentional injuries; infectious diseases; and environmental and occupational health.⁹²

The development of regional and local Action Plans that determine the public health programs offered in each region and local territory is an essential first step to ensure implementation of the Public Health Program. The plans constitute an important entry point for models of delivery of public health programs to English-speaking minority communities. In light of the poor level of access to public health information experienced by English-speakers⁹³, innovative models, such as Telehealth, can be introduced into regional and local plans as a means to reach all English-speaking minority communities.

STRATEGY THREE: INFORMING PUBLIC POLICY AND INFLUENCING GOVERNMENT ACTIONS

Governments and their agencies are important stakeholders in the implementation of strategies to improve access to services for English-speaking minority communities. Informed public policy and effective government action is an essential condition for the success of efforts to consolidate gains and secure resources over the long-term to support the vitality of English-speaking minority communities. Demonstrating the impact of investments not only meets accountability requirements, but is also an important tool in shaping public policy that will have a long-term impact on health status and vitality of communities. Evaluation of results is therefore an important means for government to assess its current commitments and decide future action.

The Community Health and Social Services Network is promoting a joint review of the evaluation results by the three promoters of the federal Action Plan measures.⁹⁴ The objective is to encourage knowledge transfer among the organizations sponsoring the measures and prepare for a coordinated strategy to take key recommendations forward to policy-makers, planners and decision-makers at both levels of government. An examination of the combined effects of the three measures will support a coordinated strategy to integrate the results of the measures into Quebec's health and social services system. A joint evaluation review will assist bodies advising both levels of government on the definition of new priorities and actions.

⁹² *Main Québec health and social services prevention and promotion initiatives*, MSSS, 2003.

⁹³ Joanne Pocock, *Baseline Data Report 2005-2006*, CHSSN, February 2006, p. 85.

⁹⁴ The *École nationale d'administration publique (Centre de recherche et d'expertise en évaluation)* is evaluating the three Action Plan measures. Evaluations were carried out of the networking measure (Quebec Community Groups Networks) and the primary health care transition measure (Community Health and Social Services Network). Evaluation is underway of the training and human resources development measure (McGill University).

The Committee for the dispensing of health and social services in the English language⁹⁵ has played an important role in advising the Quebec Minister for Health and Social Services on the integration of the federal investments into the health and social services system. The mandate of this government-appointed body complements that of the federal advisory committee (CCESMC). In a recent opinion provided to the Minister, the provincial committee recommended a series of ministerial actions that would support the integration of the results of the Action Plan measures into the health and social services system.⁹⁶ Of significance is a recommendation that the Minister commit, on behalf of the Government of Quebec, to renewing an agreement with the Government of Canada, in order that the federal government can continue to make a contribution to Quebec's initiatives to improve access to health and social services in English.

STRATEGY FOUR: STRATEGIC KNOWLEDGE DEVELOPMENT

Developing strategic knowledge is crucial for mobilizing all stakeholders engaged in initiatives to improve access to English-language services. Two principal activities characterize this strategy: knowledge development and dissemination; and promotion of research partnerships in the university, institutional and community milieus.

Demographic data, survey information and health determinant profiles are providing comprehensive portraits of the health status and vitality of English-speaking minority communities in Quebec. This information has been generated by the provincial network and is used in network-building. The availability of reliable and detailed data on English-speaking minority communities has provided community organizations, service providers and planners with valuable new information which is modifying perceptions of the health status of English-speaking minority communities and supporting actions to address priorities. An example of this is the publication by the CHSSN of socio-demographic data on the English-speaking population of each of the 95 territories served by the health and social services centres. The release of this information was timed for the process of revision of access programs of services in English coordinated by the health and social services agencies. The new information is also valuable for the preparation of clinical and organizational projects, and supporting communities in knowledge-based community development.

The strategy promoting research partnerships supports a range of opportunities. Stakeholders are involved in efforts to develop inter-university research programs, create community-university research alliances and develop at least one national strategic cluster to promote access to research knowledge. Other research partnership initiatives are promoting research links between community and service providers in order to develop an applied research approach specifically addressing the realities of institutional and community environments.

⁹⁵ The advisory body is comprised of representatives of English-speaking minority communities appointed by the Minister and has a legislated mandate to advise the Quebec government on access to English-language health and social services and on the approval of access programs of services in English.

⁹⁶ *Avis sur les mesures à prendre pour améliorer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise*, Committee on the dispensing of health and social services in the English language, December 2006.

One outcome of current research partnership initiatives is a shared understanding of the long-term nature of research, and the considerable mobilization effort required to generate support to carry it out. Representation on advisory bodies to Canadian Institutes of Health Research and Statistics Canada is an important aspect of this mobilization effort. Promotion of active links between researchers and research partnerships associated with the Official Language Minority Communities is an important development in the broader effort to promote a national research agenda.

NEEDS, PRIORITIES AND RECOMMENDATIONS

The following Intervention Plan proposes actions that build on progress and address new challenges regarding promotion of the health and well-being of English-speaking communities in the context of ongoing reform of Quebec's health and social services system.

INTERVENTION PLAN

MAINTAINING AND BUILDING NETWORKS OF COMMUNITIES AND PUBLIC PARTNERS

Needs and priorities:

- Structural changes to the health and social services system aiming to improve access to services for English-speaking minority communities will take time. Public institutions have little or no resources to support the communities' network coordinating role over the long-term if current support is reduced or withdrawn.
- Networks function effectively under community governance in order to ensure the interests of English-speaking minority communities are fully represented in the public system. If network funding ceases or is reduced, transfer of the community agenda to the coordination and consultation mechanisms of majority institutions risks marginalizing the concerns of English-speaking minority communities in the planning and delivery of services.
- Demographic and health determinant information points to many vulnerable English-speaking minority communities. Current networks reach only 27% of administrative territories comprising 21% of Quebec's English-speaking population.
- Implementation of networks shows differences emerging between communities with and without networks. Communities with networks are experiencing more positive impacts of the different measures aiming to improve access to health and social services in English.

Recommendations:

It is proposed that:

1. Based on an evaluation of the results achieved, the 11 networks currently funded receive ongoing stable funding beyond 2007-2008;
2. Vulnerable communities in another 24 territories, comprising up to 30% of Quebec's English-speaking population, receive support for the development of networks; and

3. Vulnerable communities unable to mobilize resources to participate in calls for network proposals receive special funding to assist them in accessing a network development program.

STRATEGIC LONG-TERM INVESTMENT IN NEW MODELS OF SERVICE ORGANIZATION TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Needs and priorities:

- The measures to improve access to primary health care and first level social services occurred over a short time frame, while the reorganization of the system is taking place over a longer period.
- All stakeholders recognize that current investments in the improvement of primary health care for English-speaking minority communities must be sustained and carried forward into the next phases of restructuring Quebec's health and social services system.
- New priorities of Canada's Government to improve the health of specific populations requires that new federal resources earmarked to improve health outcomes of English-speaking communities be integrated into the relevant intervention programs of Quebec's new community-based services. These services aim to serve the needs of local populations, including English-speaking minority communities.
- New federal investments are required to support structural improvements in the organization of services to English-speaking minority communities. New federal investments must be aligned with the multi-year, multi-step reform of the Quebec health and social services system.

Recommendations:

It is proposed that:

4. Designated portions of federal funding to improve the health of Canadians and, in particular, to support Quebec's initiatives to reform its health and social services system, be directed to the development of new models of service delivery for English-speaking communities in a manner consistent with Quebec's multi-year reform plan; and
5. A multi-year federal contribution be accorded for the development of new models of service delivery for English-speaking minority communities in accordance with five strategic areas of intervention to ensure lasting effects of measures to improve access to health and social services in English. They are:
 - Support for institutions acting as incubators of new models for eventual integration into the system;

- Broad system interventions that maximize the impact of improvement measures in the health and social services network, such as Info-Santé and Info-Social, and client information systems;
- Adaptation of clinical and organizational projects;
- Adaptation of service corridors and integrated university health networks; and
- Adaptation of prevention and promotion programs.

MAINTAINING AND EXPANDING TRAINING AND DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES

Needs and priorities:

- The demand of Francophone professionals to receive English-language training is exceeding the original forecast by 37%.
- Quebec's human resources in the health and social services sector are in constant movement due to extensive reorganization of personnel and retirement of professionals from the system. This poses major challenges for institutions striving to ensure its personnel can provide continuous quality services in English.
- A challenge exists with respect to standardization of the levels of language competence required for different types of professional intervention.
- A challenge exists with respect to integration into the workplace of the language skills acquired by professionals participating in language-training programs.
- There is a lack of recurring support for language training in professional development budgets allocated to each region.
- Second language training is not necessarily integrated into the human resources development plans of public institutions.
- Adapting internship practices in the health and social services system to attract English-speaking professionals poses challenges for institutions, which lack personnel and resources to support internship programs.
- Youth out-migration and underrepresentation of English-speaking professionals in Quebec's health and social services system are two factors supporting the need for targeted action to attract English-speaking youth into English-language professional degree programs in the health and social services fields.

- Recruitment and retention of professionals in the regions are a challenge in the context of scarcity of human resources. Recruitment and retention of English-speaking professionals presents additional obstacles because of incentives to leave Quebec, lack of comfort working in a Francophone milieu, lack of professional supports and lack of sufficient French-language competency to join a professional order or meet the language requirements of a Francophone administration.
- The expansion of the demand of English-speaking minority communities for public health programs delivered through Telehealth is placing greater pressure on the limited resources available for this program.
- More extensive evaluation is required of the Telehealth program to validate best practices and test feasibility for its general application to delivery of public health programs for English-speaking minority communities.
- Videoconferencing to provide English-language prevention and health promotion programs to distant or isolated English-speaking communities is not recognized as a priority program for use of Quebec's telecommunications network.
- The creation of integrated university health networks with designated 'corridors' for access to services requires agreements to ensure all English-speaking minority communities have access to Telehealth programs providing public health information in their language.
- More extensive evaluation activities are required of the longer term impacts of language training on the offer of services in English. More evaluation is required to determine best practices emanating from pilot partnerships promoting internship programs to recruit English-speaking students to the regions.

Recommendations:

It is proposed that:

6. A multi-year federal contribution be accorded for the training and development of human resources of Quebec's health and social services system to support their capacity to serve English-speaking people in their language;
7. A second phase of language training place priority on development of a model to document and evaluate the impact of different variables related language training and their effect on the offer of services in English;
8. A second phase of language training place a priority on: (a) the development of measures to support maintenance of second language skills that include professionals, training organizations and other stakeholders; (b) the integration into the workplace of the language skills acquired by professionals participating in language-training programs;

9. A second phase of internships and retention initiatives place priority on development of tested models of internship and retention of professionals in the regions;
10. A second phase of internships and retention initiatives place priority on targeted action to increase the capacity of English-language professional degree programs in the health and social services fields to recruit English-speaking youth into their programs;
11. A second phase of distance community support be extended to increase capacity to provide public health programs to isolated or underserved English-speaking minority communities. A priority should be placed on an evaluation of best practices and the impact of the measure on the offer of services in English;
12. A second phase of distance professional support be funded in order to extend capacity in accordance with the development of corridors of access to specialized and superspecialized health services to each integrated university health network;
13. A new investment in training and human resources development encourage knowledge-building, new evaluation approaches and support a research promotion program; and
14. A new investment in training and human resources development promote information technologies as a means of supporting professional development through networking between health and social services professionals serving distant or isolated English-speaking minority communities, and other professionals serving English-speaking people.

PROMOTING RESEARCH AND STRATEGIC INFORMATION

Needs and priorities:

- Research focussing on the health of Official Language Minority Communities has not yet achieved the status of a fundable field of research within major funding bodies.
- Progress is slow regarding development of a coordinated strategy in the research community to pursue research on the health of English-speaking minority communities in Quebec. There is currently little incentive for researchers to pursue the community as an area of study.
- Mobilization of research, particularly within large university settings, is difficult in the absence of a defined field of research.
- English-speaking minority communities need more resources to develop capacity to generate knowledge and act as full partners in research.

Recommendations:

It is proposed that:

15. A federal action plan with dedicated funding for research on Official Language Minority Communities be implemented; and
16. A federal action plan include the following elements:
 - Coordinated departmental commitments to fund research;
 - A national policy to promote Official Language Minority Communities as a research field in order to orient research funding bodies to open competitions;
 - Creation of university chairs and training programs to recruit young researchers;
 - Creation of joint research funding programs involving federal departments and the research bodies;
 - Promotion of data access protocols with Statistics Canada;
 - Implementation of a funding program to promote community capacity to generate knowledge and research and participate in research partnerships; and
 - A strategy to link research between Official Language Minority Communities and with Quebec universities and funding bodies;
 - A funding program to support knowledge transfer through partnerships between learning institutions and English-speaking minority communities in order to promote the widest application of new knowledge.

PROMOTING TECHNOLOGY TO BETTER SERVE ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Needs and priorities:

- English-speaking minority communities experience a low level of access to public health information provided by public institutions.
- English-speaking minority communities in isolated regions and rural areas experience obstacles in accessing prevention and health promotion information due to a lack of critical mass to warrant an offer of services in English in their region.

- A sustainability plan is required to significantly expand Telehealth as a normal cost-effective model of delivery of English-language services, within the new context of the organization of health and social services in Quebec.

Recommendations:

It is proposed that:

17. Envelopes to develop services to English-speaking minority communities be earmarked in major infrastructure programs such Canada Health Infoway, the Canadian Foundation for Innovation and other federal contribution programs supporting Quebec's Telehealth development; and
18. Federal interdepartmental partnerships with the English-speaking minority communities support expansion of the role of new Community Learning Centres in the delivery of health and social services in English. Specifically, funding would increase community capacity to coordinate distance community support programs in the area of public health using new videoconferencing networks.

PROMOTING POPULATION AND PUBLIC HEALTH STRATEGIES FOR ENGLISH-SPEAKING MINORITY COMMUNITIES

Needs and priorities:

- English-speaking minority communities continue to experience a low level of access to public health information provided by public institutions.
- Certain target communities are successfully applying health promotion strategies that support mapping of health determinants, engaging different sectors and bringing English-speaking minority communities directly into the development of population health models in newly created local services networks.
- Adapted Quebec public health programs to target English-speaking communities are required to ensure that English-speaking people have the same level of access to prevention and health promotion programs as the rest of the population.

Recommendations:

It is proposed that:

19. A federal contribution be provided to Quebec's English-speaking communities in order to support their participation in Quebec's Public Health Plan establishing new public health initiatives at the provincial, regional and local levels; and
20. The Public Health Agency of Canada actively promote English-speaking minority communities as stakeholders in the development of a new national public health strategy.

BIBLIOGRAPHY

- Bowen, Sarah. *Language Barriers in Access to Health Care*, (Ottawa: Health Canada, 2001).
- Carter, James. *A Community Guide to the Population Health Approach*, CHSSN, March 2003.
- CCESMC. *Building on the Foundations – Working Toward Better Health Outcomes and Improved Vitality of Quebec's English-speaking Communities, Compendium of Demographic and Health Determinant Information on Quebec's English-speaking Communities*, June 2007.
- CCESMC. *Report to the Federal Minister of Health*, (Ottawa: Health Canada, 2002).
- CHSSN. *CHSSN 2004-2006 Primary Health Care Access Initiative – Project Guide*, March 2006.
- CHSSN. *Rapport final des activités et des résultats du projet « Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec*, May 2006.
- ENAP. *Preliminary Evaluation Report: Health and Social Services Networking and Partnership Initiative*, QCGN, November 2006.
- ENAP. *Final Report: Evaluation of the Implementation and Initial Impact of the Primary Health Care Transition Project of the CHSSN*, CHSSN, October 2006.
- FCFA. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.
- Institut de la statistique du Québec. *Enquête social et de santé 1998*, (Québec: 2001).
- Jedwab, Jack. *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones*, The Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, November 2006.
- Locher, Uli. *Youth and Language, Volume II, Language Use and attitudes among young people instructed in English (secondary IV through CEGEP)*, Conseil de la langue française (Québec: 1994).
- McGill Training and Human Resources Development Project. *Annual Report 2005-2006*, June 2006.
- MSSS. *Frame of reference for the implementation of programs of access to health and social services in the English language for English-speaking persons*, (Québec: March 2006).
- MSSS. *Guaranteeing Access : Meeting the challenges of equity, efficiency and quality*, (Québec: 2006).

MSSS. *Main Québec health and social services prevention and promotion initiatives*, (Québec: 2003).

MSSS. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal*, (Québec : October 2004).

Pocock, Joanne. *Baseline Data Report 2005-2006*, CHSSN, February 2006.

Pocock, Joanne. *Social Support Networks in Quebec's English-speaking communities*, CHSSN, April 2006.

Public Health Agency of Canada, *Population Health Approach*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants>.

The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work. *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, March 2003.

Tipenko, Elena. *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC), working paper*, MSDAD, Health Canada, 2006.

Warnke, Jan. *Caractéristiques démographiques et sociales de la population Anglophone de chaque région socio-sanitaire du Québec*, CHSSN, September 2006.

Members of the Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities

Mr. Eric Maldoff
Community Co-Chair
Partner, Heenan Blaikie
Montreal, Quebec

Mr. Marcel Nouvet
Health Canada Co-Chair
Assistant Deputy Minister, Corporate Services Branch
Champion for Official Languages
Health Canada

Ms. Sylvia Martin-Laforge
Community Co-Secretary
Director General, Quebec Community Groups Network
Montreal, Quebec

Ms. Nisa Mairi Tummon
Health Canada Co-Secretary
Official Language Community Development Bureau
Health Policy Branch
Health Canada

Community Representatives:

Ms. Patti Arnold
Consultant, Communications and Project Management
Iles-de-la-Madeleine, Quebec

Mr. James Carter
Program and Policy Advisor, Community Health and Social Services Network
St-Bruno, Quebec

Mr. Louis Hanrahan
Director General, St. Brigid's - Jeffery Hale Hospital
Quebec City, Quebec

Ms. Estelle Hopmeyer
Co-Investigator, Human Resources and Development Project
McGill University
Montreal, Quebec

Ms. JoAnn Jones
Clinical Nurse Specialist
Sutton, Quebec

Dr. James MacDougall
President/CEO, Canadian Deafness Research and Training Institute
Associate Professor, Department of Psychology, McGill University
Montreal, Quebec

Ms. Kathy Megyery
Senior Director, Strategic Planning and Business Development, Sanofi-Aventis
Montreal, Quebec

Ms. Marion Standish
Board of Directors, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Montérégie
Chair, Townshippers Health and Social Services Committee
Rougemont, Québec

Mr. James Warbanks
Advisory Committee, Laurentians Regional Health Board
Lachute, Québec

Canadian Heritage Representative:

Ms. Beverley Caplan
Official Languages Manager
Official Languages Programs
Quebec Regional Office
Citizenship and Identity Sector

Health Canada Representatives:

Mr. Frank Fedyk
Acting Assistant Deputy Minister
Health Policy Branch
Health Canada

Mr. Roger Farley
Executive Director, Official Language Community Development Bureau
Health Policy Branch
Health Canada

Ms. Marie-France Bérard
Regional Director General - Quebec
Health Canada

Mr. Jean-Louis Caya
Regional Director - Quebec
Public Health Agency of Canada

Ms. Marie-Gloriose Ingabire
Senior Consultant
Health Human Resource Strategies Division
Health Policy Branch
Health Canada

M^{me} Kathy Megvery
directrice principale, Planification stratégique et développement des affaires, Sanofi-Aventis
Montréal, Québec

M^{me} Marion Standish
membre du Conseil d'administration, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux, Montérégie
présidente, Comité de santé et de services sociaux des Townshipers
Rougemont, Québec

M. James Warbanks
membre du Comité consultatif, Régie régionale de la santé des Laurentides
Lachute, Québec

Représentante de Patrimoine canadien :

M^{me} Beverley Caplan
gestionnaire des langues officielles
Programmes des langues officielles
Bureau régional du Québec
Citoyenneté et identité

Représentants de Santé Canada :

M. Frank Fedyk
sous-ministre adjoint intermédiaire
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

M. Roger Farley
directeur exécutif, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

M^{me} Marie-France Bérard
directrice générale régionale – Québec
Santé Canada

M. Jean-Louis Caya
directeur régional – Québec
Agence de la santé publique du Canada

M^{me} Marie-Gloriose Ingabire
consultante principale
Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

Membres du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire

M. Eric Maldoff
coprésident – communauté
associé, Heenan Blaikie
Montréal, Québec
M. Marcel Nouvet
coprésident – Santé Canada
sous-ministre adjoint, Direction générale des services de gestion
champion des langues officielles
Santé Canada

M^{me} Sylvia Martin-Laforge
co-secrétaire – communauté
directrice générale, Quebec Community Groups Network
Montréal, Québec

M^{me} Nisa Mairi Tummon
co-secrétaire – Santé Canada
Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

Représentants de la communauté :

M^{me} Patti Arnold
consultante, Communications et gestion de projets
Îles-de-la-Madeleine, Québec

M. James Carter
conseiller en programmes et en politiques, Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux
St-Bruno, Québec

M. Louis Hanrahan
directeur général, St. Brigid's-hôpital Jeffery Hale
Québec, Québec

M^{me} Estelle Hopmeyer
co-chercheure, Human Resources and Development Project
Université McGill
Montréal, Québec

M^{me} JoAnn Jones
infirmière clinicienne spécialisée
Sutton, Québec

D^r James MacDougall
président et chef de la direction, Institut canadien de recherche et de formation sur la surdité
professeur agrégé, département de psychologie, Université McGill
Montréal, Québec

MSSS. *Main Québec health and social services prevention and promotion initiatives*, Québec, 2003.

MSSS. *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, octobre 2004.

Pocock, Joanne. *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006.

Pocock, Joanne. *Social Support Networks in Quebec's English-speaking Communities*, RCSSS, avril 2006.

RCSSS. *Guide des projets – Initiative d'accès aux soins de santé primaires 2004-2006 du RCSSS*.

RCSSS. *Rapport final des activités et des résultats du projet Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec*, mai 2006.

The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work. *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, mars 2003.

Tipenko, Elena. *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC)*, document de travail, DSMAD, Santé Canada, 2006.

Warnke, Jan. *Caractéristiques démographiques et sociales de la population anglophone de chaque région socio-sanitaire du Québec*, RCSSS, septembre 2006.

Agence de la santé publique du Canada, *Santé de la population*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants>.

- Bowen, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001.
- Carter, James. *A Community Guide to the Population Health Approach*, CHSSN, mars 2003.
- CCCSM. « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, juin 2007.
- CCCSM. *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
- ENAP. *Rapport d'évaluation préliminaire : L'initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé*, QCCN, novembre 2006.
- ENAP. *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec*, RCSSS, octobre 2006.
- FCFA. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.
- Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 2001.
- Jedwab, Jack. *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2006.
- Locher, Uli. *Les jeunes et la langue, tome 2 : Usages et attitudes linguistiques des jeunes qui étudient en anglais (de la 4^e année du secondaire à la fin du collégial)*, Conseil de la langue française, Québec, 1994.
- McGill Training and Human Resources Development Project. *Annual Report 2005-2006*, juin 2006.
- MSSS. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Québec, mars 2006.
- MSSS. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Québec, 2006.

PROMOTION DE STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SANTÉ DE LA POPULATION POUR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Besoins et priorités

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise continuent d'afficher un faible niveau d'accès aux renseignements sur la santé publique fournis par les institutions publiques.

- Certaines communautés cibles appliquent avec succès les stratégies de promotion de la santé qui appuient la représentation des déterminants de la santé, l'engagement de différents secteurs et la participation directe des communautés minoritaires d'expression anglaise dans la conception de modèles de santé de la population dans les nouveaux réseaux locaux de services.

- Des programmes de santé publique du Québec adaptés aux communautés d'expression anglaise cibles sont nécessaires pour faire en sorte que les anglophones aient le même niveau d'accès aux programmes de prévention et de promotion de la santé que le reste de la population.

Recommandations :

Il est proposé que :

19. une contribution fédérale soit fournie aux communautés d'expression anglaise du Québec pour appuyer leur participation au plan de santé publique du Québec lançant de nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local;

20. l'Agence de la santé publique du Canada fasse activement la promotion des communautés minoritaires d'expression anglaise en tant qu'intervenants dans l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

- la mise en œuvre d'un programme de financement afin d'accroître la capacité de la communauté de créer des connaissances, de stimuler la recherche et de participer aux partenariats de recherche;
- une stratégie pour lier la recherche entre les communautés de langue officielle en situation minoritaire et les universités du Québec et les organes de financement;
- un programme de financement propre à appuyer le transfert du savoir grâce à des partenariats entre les établissements d'enseignement et les communautés anglophones minoritaires dans le but de favoriser l'application optimale des nouvelles connaissances.

PROMOTION DE LA TECHNOLOGIE POUR MIEUX SERVIR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Besoins et priorités

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont peu accès aux renseignements sur la santé publique que fournissent les institutions publiques.

- Les communautés minoritaires d'expression anglaise des régions isolées et rurales connaissent des obstacles dans l'accès aux renseignements sur la prévention et sur la promotion de la santé en raison de l'absence de masse critique pour justifier l'offre de services en anglais dans leur région.

- Un plan de viabilité est nécessaire pour répandre de façon significative Telehealth comme modèle normal et efficace par rapport aux coûts de prestation des services en anglais, dans le nouveau contexte de l'organisation des services sociaux et de santé au Québec.

Recommandations :

Il est proposé que :

17. des enveloppes budgétaires consacrées à la mise sur pied des services aux communautés minoritaires d'expression anglaise soient réservées dans les principaux programmes d'infrastructure comme Inforoute Santé du Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et d'autres programmes fédéraux de contribution qui appuient la croissance de Telehealth du Québec;

18. des partenariats fédéraux avec les collectivités minoritaires d'expression anglaise appuient l'expansion du rôle de nouveaux centres communautaires d'acquisition du savoir dans la prestation de services sociaux et de santé en anglais. Plus précisément, les fonds augmenteraient la capacité de la communauté de coordonner les programmes de soutien communautaire à distance dans le domaine de la santé publique au moyen de nouveaux réseaux de vidéokonférence.

PROMOTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE

Besoins et priorités

- La recherche axée sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire n'a pas encore acquis le titre de domaine de recherche acceptable pour recevoir du financement au sein des principaux organes de financement.
- Les progrès sont lents relativement à l'élaboration de stratégies coordonnées dans la communauté de la recherche pour effectuer des recherches sur la santé des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Il existe actuellement peu d'incitatifs poussant les chercheurs à s'intéresser à la communauté comme domaine d'étude.
- La mobilisation de la recherche, particulièrement dans le contexte de grandes universités, est difficile en l'absence d'un domaine de recherche défini.
- Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont besoin de plus de ressources pour accroître leur capacité de produire des connaissances et agir comme partenaires à part entière dans la recherche.

Recommandations :

Il est proposé que :

15. un plan d'action fédéral soit établi, avec des fonds réservés à la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire;

16. un plan d'action fédéral comporte les éléments suivants :

- des engagements ministériels coordonnés de financement de la recherche;
- une politique nationale de promotion des communautés de langue officielle en situation minoritaire comme domaine de recherche afin de pousser les organes de financement de la recherche à ouvrir des concours;
- l'établissement de chaires universitaires et de programmes de formation pour recruter de jeunes chercheurs;
- l'élaboration de programmes conjoints de financement de la recherche engageant des ministères fédéraux et des organes de recherche;
- la promotion de protocoles d'accès aux données en collaboration avec Statistique Canada;

Recommandations :

Il est proposé que :

6. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec pour appuyer sa capacité de servir les citoyens anglophones dans leur langue;
7. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée à la conception d'un modèle pour documenter et évaluer l'incidence de la formation linguistique à la lumière de différentes variables et les effets de celles-ci sur l'offre de services en anglais;
8. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée, d'une part, à l'élaboration de mesures de soutien de l'entretien des aptitudes en langue seconde, ce qui englobe les professionnels, les organismes de formation et d'autres intervenants, et, d'autre part, à l'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits aux programmes;
9. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à la conception de modèles éprouvés de stages et de rétention des professionnels dans les régions;
10. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à une mesure ciblée propre à accroître la capacité des programmes d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux de recruter des jeunes anglophones;
11. une deuxième phase de soutien à distance de la communauté soit prolongée afin d'accroître la capacité de fournir des programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies. La priorité devrait être donnée à une évaluation des pratiques exemplaires et de l'incidence des mesures sur l'offre de services en anglais;
12. une deuxième phase de soutien à distance des professionnels soit financée afin d'accroître, en conformité avec la création de corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés, la capacité d'accès à chaque réseau universitaire intégré de santé;
13. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines favorise l'acquisition du savoir et de nouvelles méthodes d'évaluation et soutienne un programme de promotion de la recherche;
14. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines propose les technologies de l'information comme moyens d'appuyer le perfectionnement professionnel grâce à la mise en réseau des professionnels de la santé et des services sociaux desservant les communautés anglophones minoritaires éloignées ou isolées et des autres professionnels desservant les anglophones.

- L'adaptation des pratiques de stages dans le réseau de la santé et des services sociaux pour attirer les professionnels anglophones pose des défis pour les institutions, auxquelles il manque le personnel et les ressources nécessaires pour appuyer les programmes de stages.
- L'exode des jeunes et la sous-représentation des professionnels d'expression anglaise dans le réseau québécois des services sociaux et de santé sont deux facteurs appuyant la nécessité d'une action ciblée dans le but de recruter des jeunes anglophones dans les programmes anglais d'études professionnelles dans les domaines de la santé et des services sociaux.
- Le recrutement et le maintien en poste des professionnels dans les régions posent un défi dans le contexte de pénurie de ressources humaines. Le recrutement et le maintien en poste des professionnels d'expression anglaise présente des obstacles supplémentaires en raison des incitatifs à quitter le Québec, du malaise de travailler en milieu francophone, du manque de soutien professionnel et du manque de connaissances suffisantes du français pour adhérer à un ordre professionnel ou pour satisfaire aux exigences linguistiques d'une administration d'expression française.
- L'expansion de la demande des communautés minoritaires d'expression anglaise pour les programmes de santé publique offerts dans le cadre de Telehealth exerce de plus grandes pressions sur les ressources limitées pour ce programme.
- Une évaluation plus poussée du programme Telehealth s'impose pour valider les pratiques exemplaires et mesurer la faisabilité de son application générale à la prestation des programmes de santé publique pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.
- La vidéoconférence pour la prestation des programmes en anglais de prévention et de promotion de la santé aux communautés d'expression anglaise cloignées ou isolées n'est pas reconnue comme un programme prioritaire pouvant être employé dans le réseau de télécommunications du Québec.
- L'établissement de réseaux universitaires intégrés de santé avec des « corridors » désignés pour l'accès aux services nécessite des ententes pour faire en sorte que toutes les communautés minoritaires d'expression anglaise aient accès aux programmes de Telehealth fournissant des renseignements sur la santé publique dans leur langue.
- Des activités d'évaluation plus approfondies s'imposent pour connaître les incidences à plus long terme de la formation linguistique sur l'offre de services en anglais. Il faudra plus d'évaluations pour déterminer les pratiques exemplaires émanant des partenariats pilotes qui font la promotion des programmes de stages pour recruter des étudiants anglophones pour les régions.

5. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise, conformément aux cinq domaines d'intervention stratégiques afin d'assurer la durabilité des effets des mesures d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Ces domaines sont :

- Le soutien des institutions tenant le rôle d'incubateurs de nouveaux modèles en vue de leur éventuelle intégration dans le système;
- de vastes interventions dans le système qui optimisent l'incidence des mesures d'amélioration dans le réseau de santé et de services sociaux, comme Info-Santé et Info-Social et les systèmes d'information de la clientèle;
- l'adaptation des projets cliniques et organisationnels;
- l'adaptation des corridors de service et des réseaux universitaires intégrés de santé;
- l'adaptation des programmes de prévention et de promotion.

MAINTIEN ET ACCROISSEMENT DE LA FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Besoins et priorités

- La demande de professionnels francophones qui désirent recevoir une formation linguistique en anglais dépasse les prévisions originales de 37 p. 100.
- Les ressources humaines du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux fluctuent constamment en raison de la vaste réorganisation du personnel et du départ à la retraite des professionnels du réseau. Ceci pose des défis de taille aux institutions qui s'efforcent de s'assurer que leur personnel peut fournir des services de qualité en anglais de façon continue.
- La standardisation des niveaux de compétence linguistique pour différents types d'intervention professionnelle constitue un défi.
- L'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits à des programmes de formation linguistique constitue un défi.
- On constate l'absence de soutien récurrent pour la formation linguistique dans les budgets de développement professionnel alloués à chaque région.
- L'enseignement des langues secondes n'est pas nécessairement intégré aux plans de développement des ressources humaines des institutions publiques.

3. les communautés vulnérables incapables de mobiliser les ressources nécessaires pour participer aux appels de proposition de réseau reçoivent un financement spécial pour leur permettre d'accéder à un programme d'établissement de réseaux.

INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE À LONG TERME DANS DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES DANS LE BUT D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES MINORITAIRES

Besoins et priorités

- Les mesures d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux de premier niveau ont été exécutées sur une courte période, tandis que la réorganisation du système se fait sur une plus longue période.

- Tous les intervenants reconnaissent que les actuels investissements dans l'amélioration des soins de santé primaires pour les communautés minoritaires d'expression anglaise doivent être soutenus et reportés dans les prochaines phases de la restructuration du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

- Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada visant à améliorer la santé de groupes démographiques particuliers exigent d'intégrer dans les programmes d'intervention pertinents des nouveaux services communautaires du Québec les nouvelles ressources fédérales consacrées à l'amélioration des résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise. Ces services visent à répondre aux besoins des populations locales, y compris les communautés minoritaires d'expression anglaise.

- De nouveaux investissements fédéraux sont nécessaires pour appuyer les améliorations structurelles à l'organisation des services dispensés aux communautés minoritaires d'expression anglaise. Les nouveaux investissements fédéraux doivent être harmonisés avec la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Recommandations :

Il est proposé que :

4. les portions désignées du financement fédéral axé sur l'amélioration de la santé des Canadiens et, en particulier, sur l'appui des initiatives du Québec pour réformer son réseau de santé et de services sociaux, soient orientées vers la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés d'expression anglaise, en harmonie avec le plan pluriannuel de réforme du Québec;

Le plan d'intervention qui suit propose des actions qui prennent appui sur les progrès réalisés et relèvent les nouveaux défis liés à la promotion de la santé et du bien-être des communautés d'expression anglaise dans le contexte de la réforme continue du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

PLAN D'INTERVENTION

MAINTIEN ET CONSTITUTION DE RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENAIRES PUBLICS

Besoins et priorités

- Il faudra du temps pour apporter des changements structurels au réseau de santé et de services sociaux visant à améliorer l'accès aux services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Les institutions publiques auront peu, voire pas, de ressources pour appuyer le rôle de coordination des réseaux assumé par les communautés à long terme si le soutien actuel devait être réduit ou retiré.
- Les réseaux fonctionnent efficacement dans le cadre de gouvernance communautaire afin que les intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise soient pleinement représentés dans le système public. Si le financement du réseau cesse ou est réduit, le transfert du programme de la communauté aux mécanismes de coordination et de consultation des institutions majoritaires risque de marginaliser les préoccupations des communautés minoritaires d'expression anglaise dans la planification et la prestation des services.

- Les données démographiques et sur les déterminants de la santé indiquent que de nombreuses communautés minoritaires d'expression anglaise sont vulnérables. Les réseaux actuels n'atteignent que 27 p. 100 des territoires administratifs, où réside 21 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec.

- La mise en œuvre des réseaux fait ressortir les différences entre les communautés qui ont des réseaux et celles qui n'en ont pas. Les communautés dotées de réseaux connaissent des incidences plus positives des différentes mesures visant à améliorer l'accès aux services sociaux et de santé en anglais.

Recommandations :

Il est proposé que :

1. d'après une évaluation des résultats obtenus, les onze réseaux actuellement financés reçoivent un financement continu et stable après 2007-2008;
2. les communautés vulnérables de 24 autres territoires, qui constituent jusqu'à 30 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec, reçoivent un soutien pour l'établissement de réseaux;

anglaise de chacun des 95 territoires desservis par les centres de services sociaux et de santé. La diffusion de ces renseignements a été faite dans le but de concorder avec le processus de révision des programmes d'accès des services en anglais coordonnés par les organismes de santé et de services sociaux. Les nouvelles données sont aussi précieuses pour la préparation de projets cliniques et organisationnels et appuient les communautés au plan du développement communautaire fondé sur le savoir.

La stratégie de promotion des partenariats de recherche appuie un éventail de possibilités. Les intervenants participent aux efforts de conception de programmes interuniversitaires, établissent des alliances de recherche entre communautés et universités et constituent au moins un groupe stratégique national pour promouvoir l'accès aux données de recherche. D'autres initiatives de partenariats de recherche font la promotion de liens de recherche entre la communauté et les fournisseurs de services dans le but d'élaborer une approche de recherche appliquée qui porte précisément sur les réalités des milieux institutionnel et communautaire.

Les initiatives de partenariat de recherche actuelles ont mené notamment à une vision commune de la nature à long terme de la recherche et de l'effort considérable de mobilisation nécessaire pour générer le soutien de sa réalisation. La représentation au sein d'organismes consultatifs pour les Instituts de recherche en santé du Canada et Statistique Canada est un important aspect de cet effort de mobilisation. La promotion de liens actifs entre les chercheurs et les partenariats de recherche associés aux communautés de langue officielle en situation minoritaire est une étape importante dans l'effort plus vaste de promotion d'un programme national de recherche.

Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux fait la promotion d'un examen conjoint des résultats de l'évaluation par les trois promoteurs des mesures du Plan d'action fédéral⁹⁴. Le but visé est d'encourager le transfert du savoir entre les organisations qui partagent les mesures et de les préparer pour une stratégie coordonnée afin de présenter des recommandations fondamentales aux responsables des politiques, de la planification et des décisions des deux ordres de gouvernement. Un examen des effets combinés des trois mesures appuiera une stratégie coordonnée d'intégration des résultats des mesures dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Un examen conjoint de l'évaluation permettra d'appuyer les organes qui conseillent les deux ordres de gouvernement relativement à la définition des nouvelles priorités et actions.

Le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise⁹⁵ a joué un rôle important en conseillant le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec relativement à l'intégration des investissements fédéraux dans le réseau de santé et de services sociaux. Le mandat de cet organe établi par le gouvernement est le complément de celui du comité consultatif fédéral (CCCSM). Dans un récent avis au ministre, le comité provincial recommandait une série de mesures ministérielles pour appuyer l'intégration des résultats des mesures du Plan d'action dans le réseau de santé et de services sociaux⁹⁶. La recommandation suivante est importante : que le ministre s'engage, au nom du gouvernement du Québec, à renouveler un accord conclu avec le gouvernement du Canada afin que le gouvernement fédéral puisse continuer de contribuer aux efforts du Québec pour accroître l'accès aux services sociaux et de santé en anglais.

QUATRIÈME STRATÉGIE : DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES STRATÉGIQUES

L'enrichissement des connaissances stratégiques est crucial pour mobiliser tous les intervenants engagés dans les initiatives d'amélioration de l'accès aux services en anglais. Deux principales activités caractérisent cette stratégie : développement et diffusion des connaissances; promotion de partenariats de recherche dans les milieux universitaire, institutionnel et communautaire.

Les données démographiques, les données d'enquêtes et les profils des déterminants de la santé permettent de brosser des portraits exhaustifs de l'état de santé et de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire du Québec. Ces renseignements ont été fournis par le réseau provincial et sont employés pour renforcer le réseau. La disponibilité de données fiables et détaillées sur les communautés minoritaires d'expression anglaise a fourni aux organisations communautaires, aux fournisseurs de services et aux planificateurs de nouveaux renseignements précieux qui modifient les perceptions de l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise et appuient les mesures pour faire face aux priorités. Ce sont, par exemple, la publication par le RCSSS de données sociodémographiques sur la population d'expression

⁹⁴ L'École nationale d'administration publique (Centre de recherche et d'expertise en évaluation) évalue les trois mesures du Plan d'action. Des évaluations ont été faites de la mesure de réseautage (Québec Community Groups Networks) et de la mesure d'adaptation des soins de santé primaires (Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux). L'évaluation de la mesure de formation et de développement des ressources humaines est en cours (Université McGill).
⁹⁵ L'organe consultatif se compose de représentants des communautés minoritaires d'expression anglaise désignés par le ministre et a un mandat prescrit par la loi de conseiller le gouvernement du Québec au sujet de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais et de l'approbation des programmes d'accès aux services en anglais.
⁹⁶ *Avis sur les mesures à prendre pour améliorer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise*, Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, décembre 2006.

d'application absolue de l'exclusivité territoriale afin de respecter la liberté de choix des patients et des professionnels, les réseaux universitaires intégrés de santé concentrent leurs efforts sur l'organisation de services pour répondre aux besoins des autres paliers de services médicaux dans les « corridors » qui leur sont assignés. Un point d'entrée pour les nouveaux modèles de prestation de services aux personnes d'expression anglaise réside dans les ententes intra et inter-réseaux qui seront nécessaires pour faire en sorte que les anglophones qui ne peuvent être servis en anglais dans leur « corridor » de résidence puissent l'être dans un autre réseau universitaire de santé.

Adaptation des initiatives de prévention et de promotion

Le programme de santé publique du Québec pour 2003-2013 cerne les stratégies devant guider l'action pour améliorer les déterminants de la santé et le bien-être de la population du Québec. Les fonctions publiques comprennent la surveillance de l'état de santé et ses déterminants, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des blessures ainsi que la protection de la santé. Six domaines d'intervention forment la base des programmes de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Ils comprennent ce qui suit : le développement; l'ajustement social et l'intégration; les modes de vie et les maladies chroniques; les blessures non intentionnelles; les maladies infectieuses; la santé environnementale et professionnelle⁹².

La conception de plans d'action régionaux et locaux qui déterminent les programmes de santé publique offerts dans chaque région ou territoire local est une première étape essentielle pour assurer la mise en œuvre du programme de santé publique. Les plans constituent un important point d'entrée pour les modèles de prestation de programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise. Compte tenu du piètre niveau d'accès des anglophones à l'information sur la santé publique⁹³, des modèles novateurs, comme Telehealth, peuvent être incorporés dans des plans régionaux et locaux comme moyen d'atteindre toutes les communautés minoritaires d'expression anglaise.

TROISIÈME STRATÉGIE : GUIDER LES POLITIQUES PUBLIQUES ET INFLUER SUR LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT

Les gouvernements et leurs organismes sont d'importants intervenants dans la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de l'accès aux services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Une politique publique éclairée et des mesures efficaces du gouvernement sont une condition fondamentale du succès des efforts déployés pour consolider les gains et assurer la pérennité des ressources afin d'appuyer la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise. La démonstration de l'incidence des investissements satisfait non seulement aux exigences de reddition des comptes, mais constitue aussi un outil important pour façonner les politiques publiques qui auront une incidence à long terme sur l'état de santé et la vitalité des communautés. L'évaluation des résultats est un important moyen pour le gouvernement d'évaluer ses engagements actuels et de décider des mesures futures.

⁹² *Principales activités québécoises de prévention et de promotion en santé et services sociaux*, MSSS, 2003.
⁹³ Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 85.

- jeunes et familles;
- santé mentale;
- déficience physique;
- déficience intellectuelle et trouble du développement;
- alcoolisme et toxicomanie.

Le maintien des améliorations dans les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise est un objectif commun à ces dernières et aux établissements publics qui les desservent. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a formulé des lignes directrices qui lient l'élaboration de projets cliniques et organisationnels à la conception de programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais⁸⁹. Les programmes d'accès ont l'aval du gouvernement du Québec et définissent les droits à des services en anglais en décrivant dans des décrets les fournisseurs de services et les programmes qu'ils offrent en anglais.

Adaptation des « corridors » de service et des réseaux universitaires intégrés de santé

Les institutions doivent établir des « corridors » de service, ou des voies par lesquelles les patients peuvent passer d'un niveau de services médicaux à un autre. Ce sont notamment les services médicaux dispensés à l'hôpital local, généralement au centre de santé et de services sociaux, les services médicaux régionaux d'un centre hospitalier régional et les services provinciaux que fournissent les centres hospitaliers universitaires et les institutions affiliées aux universités et aux centres hospitaliers. Les corridors correspondent à des problèmes de santé particuliers comme le cancer, la perte d'autonomie attribuable à l'âge, les maladies chroniques et autres. La continuité du service est assurée par des mécanismes d'aiguillage et des ententes spéciales entre institutions dans le cadre d'un arrangement de « corridor » donné⁹⁰. Un sondage sur les services sociaux et de santé effectué par le gouvernement a permis de déterminer que 27 p. 100 des personnes qui attendent trois mois ou plus pour consulter un spécialiste sont d'avis que ce délai est trop long⁹¹. La mise en place de corridors de service contribuera à régler le problème de l'accès opportun aux services médicaux spécialisés et ultraspecialisés.

Une occasion d'introduire des mesures propres à promouvoir un accès en temps opportun aux personnes d'expression anglaise se présente avec la procédure que doit entreprendre chaque centre de santé et des services sociaux pour établir des ententes de service en vue de combler les besoins de la population. Les ententes doivent prévoir le retour des patients à leur centre de santé et de services sociaux d'origine une fois qu'ils n'ont plus besoin de services médicaux spécialisés ou ultraspecialisés. Les modèles de suivi et d'aiguillage des patients d'expression anglaise et la conclusion d'ententes qui assurent la réponse à leurs besoins sont des actions qui favorisent l'adaptation des services médicaux à paliers.

Chacun des quatre réseaux universitaires intégrés de santé a un territoire principal dont il est responsable relativement à l'offre de services ultraspecialisés à une clientèle cible. Les réseaux ont aussi des mandats territoriaux, comme les hôpitaux d'enseignement, au plan de la formation du personnel. Bien qu'il n'y ait pas

⁸⁹ Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, MSSS, mars 2006.
⁹⁰ Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, MSSS, 2006, p. 24.
⁹¹ Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec, gouvernement du Québec, 2001, p. 397.

d'englober les interventions sociales tiennent compte des besoins des anglophones. De plus, une action soutenue est nécessaire pour faire en sorte que les programmes de prévention et de promotion sous le programme de santé publique, fournis par l'entremise d'Info-Santé et d'Info-Social, soient adaptés pour les personnes d'expression anglaise. Cela nécessite la traduction des protocoles d'intervention pour les campagnes portant, entre autres, sur les enjeux de la santé publique, le virus du Nil occidental, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les écloisions d'hépatite et les avertissements d'eau potable contaminée.

Un autre exemple de vaste intervention dans le système est une proposition du RSCSS appuyée par un organe consultatif au gouvernement du Québec pour réformer les systèmes d'information des clients dans le réseau de santé et de services sociaux⁸⁸. Actuellement, les systèmes d'information sur les clients ne font pas de suivi systématique de la clientèle d'expression anglaise. Alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend une mise à niveau d'envergure de ses systèmes de suivi des clients, une intervention stratégique pour faire en sorte que les nouveaux systèmes désignent les anglophones comblerait une grave lacune de la capacité actuelle du réseau de santé et de services sociaux de cerner les besoins des utilisateurs de services d'expression anglaise. Le manque de renseignements sur les utilisateurs de services d'expression anglaise signifie souvent que la planification ne tient pas compte de leurs besoins, et ceux-ci sont par la suite absents des programmes de services.

Adaptation des projets cliniques et organisationnels

Chacun des 95 nouveaux centres de santé et de services sociaux est responsable de définir un projet clinique et organisationnel pour s'assurer que la population entière de son territoire a un accès continu à un large éventail de services sociaux et de santé généralisés, spécialisés et ultraspecialisés. Les éléments de chaque plan comprennent ce qui suit : les besoins sociaux et de santé ainsi que les caractéristiques distinctives de la population; les objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le bien-être; l'offre des services requis compte tenu des caractéristiques et des besoins particuliers de la population; les structures organisationnelles de prestation de services.

Les projets cliniques et organisationnels sont au cœur de l'exercice des nouvelles responsabilités axées sur la population que coordonnent les centres de santé et de services sociaux. Ils constituent un point d'entrée naturel pour les ressources fédérales appuyant les nouvelles priorités qui ont pour but d'améliorer les résultats pour la santé de groupes démographiques particuliers. Une contribution ciblée du fédéral serait un important mécanisme appuyant les initiatives que le Québec lance dans le but d'améliorer l'accès aux services des communautés anglophones dans huit programmes d'intervention s'adressant à la population en général. Ces programmes sont les suivants :

- santé publique;
- santé physique;
- aînés et personnes en perte d'autonomie;

⁸⁸ Lettre du Comité for the dispensing of health and social services in the English language (comité sur l'offre des services sociaux et de santé en anglais), adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux énonçant un avis sur l'intégration des résultats du Plan d'action fédéral dans le réseau de santé et de services sociaux, 19 décembre 2006.

Le modèle d'organisation des services à la population anglophone de la région de Québec est un exemple de conception de modèle de services adapté. L'intégration de l'hôpital Jeffery-Hale, de Saint Brigid's Home et du Centre Holland vise à mettre le plus large éventail possible de services sociaux et de santé primaires à la disposition de la communauté anglophone. Ces services comprennent les services de médecine générale, les services aux aînés, des centres de jour aux centres de soins longue durée ainsi que les services aux familles, aux adolescents et aux adultes, y compris les services à la petite enfance, un programme d'« écoles en santé » et des services en santé mentale.

Le modèle concentre la demande afin de constituer des bases de clientèle suffisantes. Il regroupe les fournisseurs de services et les professionnels pour qui desservir la population d'expression anglaise est une priorité. Il fonctionne aussi au sein du système public grâce à des partenariats visant à élargir la gamme des services.

Le modèle de services novateur promet d'autres gains. Il stimule la participation aux projets cliniques que conçoivent certains centres de santé et de services sociaux; il assure la participation aux mécanismes régionaux de coordination engageant d'autres fournisseurs de services; il enrichit les connaissances sur la population d'expression anglaise et ses besoins et les analyse; il élabore de nouveaux services; il établit des partenariats de recherche et dissémine le modèle aux autres communautés minoritaires d'expression anglaise par son partenariat avec le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux.

Un deuxième exemple est celui de l'emploi de Telehealth pour offrir des programmes de prévention et de promotion aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies dans des domaines comme la prévention du cancer, la santé mentale, la toxicomanie et l'alcoolisme, l'intimidation, la dyslexie, le trouble déficitaire de l'attention et autres. Le partenariat de la communauté avec l'Université McGill et le Centre universitaire de santé McGill a donné naissance à un modèle de services novateur qui, de prime abord, a été évalué comme efficace, mais qui n'a pas été intégré au système et reconnu comme un moyen normal de prestation de programmes de prévention et de promotion en anglais. L'incubation du modèle de services a atteint un stade où les efforts concertés des partenaires institutionnels et communautaires sont nécessaires pour que le modèle puisse passer de l'« incubateur » au système lui-même. Il faudra, pour cela, une évaluation plus poussée afin de promouvoir le modèle dans le nouveau contexte d'organisation de services. La mobilisation des quatre réseaux québécois universitaires intégrés de santé et du système de santé publique sera un élément fondamental de la prochaine étape. Le résultat recherché est un service Telehealth amélioré propre à appuyer l'élargissement de l'éventail des programmes de promotion de la santé auxquels les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Vaste intervention dans le système

L'apport de changements stratégiques dans l'ensemble du système qui ont des répercussions structurelles ou à long terme sur l'accès aux services en anglais est un deuxième point d'entrée pour le plan d'action. Donnons l'exemple de la réforme du système Info-Santé. De vastes mesures d'adaptation de l'infrastructure ont été entreprises pour établir quatre opérations centrales afin d'assurer l'accès jour et nuit à la ligne d'information sur la santé en anglais. La pleine mise en œuvre conformément aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec exige d'autres investissements pour faire en sorte que le mandat élargi afin

Le réseau provincial est un élément clé de mobilisation des efforts pour soutenir les nouveaux réseaux. Son modèle de réseau relie 65 organisations communautaires, institutions publiques, fondations et autres intervenants axés sur un objectif commun de promotion de projets et de partenariats pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est devenu un important collaborateur du réseau provincial dans la mise en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires. Il a fourni un soutien à l'Université McGill dans la mise en œuvre du projet de formation et de développement des ressources humaines. Cette nouvelle relation avec les hautes sphères de l'administration publique est fondamentale et essentielle au succès des stratégies d'intégration des investissements fédéraux actuels pour préparer la voie aux initiatives futures.

DEUXIÈME STRATÉGIE : CINQ POINTS D'ENTRÉE STRATÉGIQUES POUR LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

L'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services est essentielle pour adapter l'organisation des services dans le réseau de santé et de services sociaux dans le but de mettre en œuvre les nouvelles stratégies visant à améliorer les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le stade actuel de réforme du système du Québec présente des occasions d'intégrer de nouvelles mesures d'amélioration dans les projets cliniques et organisationnels qui font surface. Il existe d'autres possibilités avec l'établissement de réseaux universitaires intégrés de santé et la mise en œuvre du programme de santé publique du Québec pour 2003 à 2012.

L'évaluation des premiers effets des projets d'adaptation des soins de santé primaires a permis de démontrer que les initiatives axées sur la réorganisation des services étaient les plus difficiles à concrétiser en raison de la complexité du changement à long terme du système et de la portée limitée des projets à court terme pour influencer sur le contexte plus vaste. Alors que bien des mesures ont été jugées fructueuses à court terme au plan de l'amélioration de l'offre de services en anglais, les promoteurs de projets et les partenaires communautaires déclareraient que la viabilité constituait un enjeu de taille^{x7}. En conséquence, une stratégie est proposée afin de cibler les points d'entrée dans le but de maximiser la capacité des fournisseurs de services de garantir l'accès à ces derniers et d'améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones minoritaires. Le but visé est d'assurer l'existence de services en anglais permanents et de qualité comme caractéristique intrinsèque du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Incubation de nouveaux modèles de services

La mise au point de nouveaux modèles de prestation de services qui sont incubés, puis intégrés dans le système, est une approche novatrice de l'apport des changements structurels indispensables pour constituer la masse critique de demande pouvant justifier les offres de services.

⁸⁷ ENAP, Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec, RCSSS, octobre 2006, p. iii.

Tous les intervenants participant à la mise en œuvre du Plan d'action fédéral ont contribué aux efforts pour faire en sorte que les résultats des mesures soient durables dans les communautés d'expression anglaise et le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Le réseau provincial (RCSSS) a rassemblé les intervenants en février 2006 pour passer les progrès en revue et cerner des stratégies afin de réaliser un changement à long terme. Le réseau provincial a formulé une orientation stratégique et un plan de viabilité devant agir comme guide de l'effort collectif pour maximiser les bénéfices des investissements actuels et préparer la voie d'un plan d'action pour l'avenir. Quatre stratégies liées en sont ressorties et forment l'assise de l'action prochaine visant à améliorer les résultats pour la santé et à accroître la vitalité des communautés anglophones minoritaires.

PREMIÈRE STRATÉGIE : CONSOLIDATION DE NOUVEAUX RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENARIATS PUBLICS

Les réseaux officiels de communautés et les partenaires publics sont la clé du maintien des améliorations à l'accès et de la concrétisation des changements organisationnels dans le système pour atteindre les objectifs à long terme. La mesure de réseautage contribue à établir des partenariats durables entre les communautés et le plus vaste réseau de santé et de services sociaux et consolide les liens entre les communautés minoritaires d'expression anglaise, leurs ressources et leurs institutions historiques.

L'engagement des institutions historiques de la communauté auprès des communautés minoritaires d'expression anglaise est un important élément de la viabilité du réseau. Le rôle de l'Université McGill dans la mise en œuvre de mesures dans les communautés et le réseau de santé et de services sociaux ainsi que le soutien d'un programme interuniversitaire de recherche pour produire de nouvelles connaissances constituent une nouveauté d'envergure. Le partenariat du programme Telehealth du Centre universitaire de santé McGill avec le RCSSS est l'illustration de la capacité de fournir de nouveaux services aux communautés minoritaires d'expression anglaise. D'autres intervenants institutionnels historiquement engagés dans le modèle de réseautage, comme le West Montreal Readaptation Centre, qui est intégré dans le programme de stages de McGill, et le Saint-Brigid's Home-hôpital Jeffery-Hale, dans le projet d'adaptation des soins de santé primaires du RCSSS. Le réseau de santé et de services sociaux fait preuve d'une nouvelle ouverture pour répondre aux besoins des citoyens anglophones dans un contexte de vaste réforme. Cela est manifeste dans la disposition à adopter des stratégies pour intégrer et soutenir les investissements actuels et accueillir les nouvelles initiatives. Les onze nouveaux réseaux appuyés par le Plan d'action permettent de démontrer que les partenaires publics peuvent devenir à l'aise dans une relation fonctionnelle avec les communautés minoritaires d'expression anglaise. Chaque réseau a établi un plan de viabilité engageant ses partenaires publics de façon à promouvoir la viabilité à long terme des modules du réseau.

BÂTIR LES FONDATIONS : SANTÉ DE LA POPULATION

En 2007, le RCSSS a achevé la mise en œuvre d'une stratégie en cinq points de promotion de la santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise⁸⁵. Ce projet triennal était financé par l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre du Fonds pour la santé de la population. Il faisait la promotion de la participation des communautés d'expression anglaise dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé et renforçait leur rôle dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Des initiatives ont été lancées pour engager différents secteurs et amener les communautés minoritaires d'expression anglaise à participer directement à l'élaboration de modèles de santé de la population dans les nouveaux réseaux locaux de services.

Le projet a accru la capacité de dix communautés cibles de recenser les déterminants de la santé dans le but de promouvoir la collaboration entre les communautés, les autorités de planification et les fournisseurs de services. Le sondage RCSSS-CROP a permis de recueillir de nouvelles données sur la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise, et un rapport sur la situation des réseaux de soutien social dans les communautés minoritaires d'expression anglaise a été publié⁸⁶. La stratégie ciblait les communautés de la Basse-Côte-Nord et de la côte de la Gaspésie pour l'élaboration de projets pilotes d'économie sociale dans le but de constituer de nouvelles ressources pour répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux. Une conférence provinciale a eu lieu en février 2006, qui a réuni tous les intervenants participant aux initiatives pour accroître l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés d'expression anglaise du Québec.

DÉFIS

La prochaine phase du projet prévue pour 2007-2008 sera axée sur la prestation de programmes de santé publique adaptés pour les communautés minoritaires d'expression anglaise en collaboration avec l'Institut national de santé publique et les programmes régionaux et locaux de santé publique. Une invitation à mettre en commun les pratiques exemplaires avec d'autres réseaux communautaires hors du Québec sera préparée, particulièrement à l'intention des réseaux qui desservent les minorités de langue française. De plus, d'importantes nouvelles données de recensement sur les communautés minoritaires d'expression anglaise permettront de mettre à jour les profils démographiques et ceux des déterminants de la santé.

Les initiatives de promotion de la santé serviront à appuyer la participation des communautés d'expression anglaise dans la mise en œuvre du plan de santé publique du Québec établissant le cadre des nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Le RCSSS s'efforcera aussi de faire en sorte que les communautés minoritaires d'expression anglaise participent concrètement à l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de santé publique.

⁸⁵ Le projet prenait appui sur une initiative du RCSSS lancée en 2003, « A Community Guide to the Population Approach » (Un guide communautaire sur l'approche de la population). L'objet du guide était de présenter aux organisations communautaires l'approche axée sur la santé de la population afin de définir les besoins, les priorités et les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la santé touchant les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le projet « We Can Act » (Nous pouvons agir) passait au stade suivant de la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise par l'application des approches énoncées dans le guide.

⁸⁶ Joanne Pocock, *Social Support Networks in Quebec's English-speaking Communities*, RCSSS, avril 2006.

DÉFIS

Un plan de viabilité est nécessaire pour déployer Telehealth de manière significative en tant que modèle de prestation de services en anglais normal et efficace par rapport aux coûts, dans le nouveau contexte de l'organisation des services sociaux et de santé au Québec.

Centres communautaires d'acquisition du savoir

La deuxième mesure technologique que propose le CCCASM est l'établissement de centres multidisciplinaires d'accueil pour les services à distance. Le RCSSS a invité le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MEQ) et l'Association des commissions scolaires anglophones du Québec à faire l'essai du concept dans le cadre de son enquête sur la vitalité de la communauté menée par CROP en 2005⁸⁴. Les résultats de l'enquête ont démontré un solide soutien accordé au concept d'« école communautaire », et les services sociaux et de santé ont été reconnus comme l'un des besoins à combler. Le MEQ a par la suite lancé un programme pilote pour établir 15 centres communautaires d'acquisition du savoir en octobre 2006.

L'établissement des centres communautaires d'acquisition du savoir offre une occasion aux intervenants communautaires et institutionnels qui font la promotion de l'accès amélioré aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise de participer aux partenariats avec les écoles intéressées dans cette composante communautaire.

Au cours de la phase d'élaboration du réseau de collaboration vidéo qui liera les 15 centres, le RCSSS proposera des programmes pour la prestation de services sociaux et de santé aux centres communautaires d'acquisition du savoir dans le cadre du programme Telehealth du RCSSS, en collaboration avec le Centre universitaire de santé McGill et l'hôpital Jeffery-Hale. Le RCSSS est membre du groupe consultatif ressource du projet du MEQ et se prépare à apporter son expertise dans les domaines suivants : la consultation d'équipe; les renseignements et les documents sur les stratégies en matière de santé de la population; les profils des déterminants démographiques et de la santé; les modèles de prestation de services; les stratégies de développement communautaire.

DÉFIS

Les centres communautaires d'acquisition du savoir sont des projets pilotes qui feront l'essai de la faisabilité de l'ouverture des écoles à leur communauté au moyen de l'établissement de partenariats avec les secteurs public, privé et communautaire. Si le modèle connaît du succès, des ressources devront être prévues pour étendre le modèle à d'autres communautés et accroître l'investissement dans la capacité des communautés de coordonner les programmes de soutien à distance dans le domaine de la santé publique.

⁸⁴ Sondage RCSSS-CROP 2005 sur la vitalité des communautés, 2005.

Bien que d'importants progrès aient été enregistrés dans la mobilisation des principaux acteurs pour définir une stratégie de recherche pour les communautés anglophones en situation minoritaire, il reste néanmoins de grands défis à relever pour atteindre les résultats souhaités. Le domaine de recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire n'est pas reconnu comme une priorité. Par conséquent, la mobilisation de la recherche, particulièrement dans un contexte de grande université, est difficile en l'absence d'un domaine de recherche bien défini.

BÂTIR LES FONDATIONS : TECHNOLOGIE

Telehealth

Le rapport du Comité au ministre en 2002 désignait la technologie comme un mécanisme pour accroître le rayonnement de l'offre de services de santé à des communautés rurales, éloignées ou isolées d'expression anglaise du Québec. Les mesures proposées visaient à élargir l'emploi de Telehealth et de la télémédecine, à appuyer l'établissement de centres multidisciplinaires d'accueil pour les services à distance et à créer une infrastructure habilitante de connectivité et de technologie. Un partenariat plurianuel de Telehealth entre l'Université McGill, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux a établi ce mécanisme comme modèle de prestation de services pour les communautés anglophones en situation minoritaire. Une évaluation qu'a faite l'Université McGill d'un projet pilote antérieur faisant l'essai de la vidéotechnologie comme modèle de prestation de services pour l'intervention psychosociale et la promotion de la santé a conclu que la technologie était conforme aux normes de pratique professionnelle⁸².

Le RCSSS et le Centre universitaire de santé McGill ont poursuivi l'élaboration d'un programme de Telehealth pour les communautés anglophones en situation minoritaire avec un financement de projet à court terme jusqu'à l'absorption du programme par le projet de formation et de développement des ressources humaines de McGill. Un programme triennal est maintenant entamé et recueille d'importants résultats pour les communautés anglophones en situation minoritaire. Le partenariat entre le Centre universitaire de santé McGill et le RCSSS de Telehealth a été relevé dans le plan stratégique du Centre universitaire de santé McGill qu'a approuvé le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est conforme à la désignation du Centre universitaire de santé McGill comme réseau universitaire intégré de santé, qui définit les corridors d'accès aux services avec 22 réseaux locaux de services dans sept régions⁸³.

⁸² The Centre for Applied Family Studies, McGill University School of Social Work, *Evaluation Report: Patient and Community Support Network*, mars 2003.

⁸³ Des accords sont sur le point d'être conclus entre les réseaux universitaires intégrés de la santé pour assurer l'accès des communautés minoritaires d'expression anglaise de tous les corridors aux services spécialisés et ultraspecialisés.

recherche comme l'une de ses principales orientations stratégiques. Le QCCN réalise des initiatives concrètes, comme la création d'un répertoire de chercheurs et l'établissement d'un guichet unique virtuel de ressources communautaires comme base de connaissances à la disposition des communautés, des chercheurs, des planificateurs et des décideurs. Le QCCN est aussi en train d'accroître sa capacité de produire des études de tendances relativement à la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec dans le cadre de sa stratégie de production de connaissances.

Le RCSSS s'est concentré sur l'enrichissement et la dissémination des connaissances ainsi que sur les partenariats de recherche dans le milieu universitaire. Il a compilé des données démographiques, des renseignements de sondage et des profils de déterminants de la santé qui brossent des portraits exhaustifs de l'état de santé et de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Trois rapports de données de base, un sondage du Centre de recherche sur l'opinion publique (CROP), un modèle interactif de données avec des données de recensement et des données sur la santé des communautés sont les produits de cette initiative. Ces nouveaux renseignements sont activement disséminés aux intervenants de communautés, d'institutions et du gouvernement.

Le partenariat du RCSSS avec le projet de formation et de développement des ressources humaines de McGill donne forme à un partenariat de recherche communautaire-institutionnel et donne un élan à la définition des orientations thématiques de la recherche sur la santé des communautés anglophones en situation minoritaire. En février 2006, un symposium de recherche du RCSSS a rassemblé des chercheurs ainsi que des partenaires communautaires et publics pour mettre en commun des enseignements et des pratiques exemplaires en matière d'initiatives de recherche, d'évaluation et de développement communautaire. Cette mise en commun de l'information a encouragé les intervenants, mais a aussi fait ressortir les lacunes de la promotion de la recherche, de l'évaluation et de la diffusion des connaissances à l'appui de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire.

D'autres initiatives contribuent à positionner les intervenants pour une action plus concrète. L'équipe interuniversitaire de recherche associée au projet de McGill recherche activement une participation dans les réseaux de recherche stratégique afin de contribuer à la mise en commun, à l'accès et à l'application des connaissances en matière de recherche. Des liens éventuels entre chercheurs au Québec, dans le reste du Canada et au-delà peuvent devenir un important mécanisme d'intervention dans les efforts déployés pour définir les objectifs nationaux qui appuient la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire. À cet égard, une participation conjointe des représentants anglophones et francophones au comité consultatif des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est importante. Les IRSC ont adopté un plan stratégique triennal qui, entre autres objectifs, vise à définir un domaine de recherche sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et à établir des partenariats pour financer les thèmes déterminés de la recherche. Le travail du groupe consultatif sur les enquêtes post-censitaires de Statistique Canada et l'élaboration du programme de recherche Patrimoine canadien-Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) sont d'autres exemples des actions qui font doucement progresser le programme de recherche.

La vidéoconférence est un moyen efficace de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise des régions isolées ou rurales. Ce sont des communautés qui n'auraient pas, autrement, accès aux programmes de santé publique qui sont à la portée de la communauté majoritaire. Le réseau de télécommunications du Québec qui appuie la capacité de vidéoconférence a atteint une limite en ce qui a trait à sa capacité de soutenir un volume croissant d'activités. Avec le fardeau grandissant du réseau de transmission, les programmes de soutien à distance des communautés ne sont pas nécessairement perçus comme une priorité en matière de services. Le défi consiste à établir des protocoles d'accès au système de télécommunications qui reconnaissent que les programmes de soutien à distance des communautés s'inscrivent dans les objectifs de la stratégie de santé publique du Québec et que l'accès au réseau de télécommunications doit être assuré pour les programmes destinés aux communautés d'expression anglaise.

La formation des réseaux universitaires intégrés de santé avec des corridors désignés a engendré une ambiguïté en ce qui concerne les mandats d'offre de services aux communautés minoritaires d'expression anglaise situées à l'extérieur du corridor désigné du Centre universitaire de santé McGill. Le défi est de s'assurer que, lors de la mise en œuvre des nouveaux corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspecialisés, les besoins de toutes les communautés minoritaires d'expression anglaise sont pris en compte et que les orientations ministérielles reconnaissent explicitement l'obligation des réseaux universitaires intégrés de santé de conclure des ententes entre eux pour assurer le plein accès à ces services, y compris à ceux que fournit Telehealth.

ACTIVITÉS NON FINANCÉES PAR LE PLAN D'ACTION FÉDÉRAL

Deux autres mécanismes que propose le CCCASM dans son rapport de 2002 n'ont pas été relevés dans le Plan d'action fédéral. En dépit de cela, une stratégie a été mise en œuvre pour progresser dans les domaines de la recherche et de l'information stratégique ainsi que de la technologie. De plus, des initiatives qui ont reçu l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre du Fonds pour la santé de la population, complètent les investissements dans le Plan d'action.

BÂTIR LES FONDATIONS : RECHERCHE ET INFORMATION STRATÉGIQUE

Deux principaux facteurs caractérisent la situation de la recherche sur les communautés anglophones en situation minoritaire au moment de la présentation du rapport du Comité au ministre en 2002. Tout d'abord, il n'y avait pas de stratégie coordonnée dans la communauté de la recherche pour effectuer de la recherche sur les communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Deuxièmement, il régnait un climat général de désengagement institutionnel, avec très peu d'incitatifs pour les chercheurs afin qu'ils s'intéressent à la communauté comme sujet d'étude. La recherche centrée sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire n'a pas été reconnue comme domaine principal de recherche finançable.

Depuis 2004, le Québec Community Groups Network (QCGN) et le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCCSSS) appliquent une stratégie coordonnée de production de connaissances et de recherche qui affiche des résultats prometteurs. Le QCGN a mobilisé la communauté de la recherche en tenant une conférence en 2005 qui a préparé le terrain pour la formation d'un réseau de recherche et a défini la

Le programme pilote de stages qui est en voie d'élaboration par les 22 partenariats est considéré comme un moyen de compenser pour le manque de main-d'œuvre en attirant de nouveaux employés éventuels. Pour les institutions qui répondent aux besoins de leur clientèle d'expression anglaise, le programme est jugé très prometteur. Les programmes de stages en services sociaux et de santé exigent, la plupart du temps, que les institutions fournissent le personnel d'encadrement des étudiants. Cela est souvent considéré comme un fardeau supplémentaire par les professionnels qui agissent comme superviseurs et qui sont eux-mêmes déjà plus qu'occupés. Le défi est de formuler des modalités de rémunération des institutions publiques qui encourageraient leur participation continue aux programmes de stages pour les étudiants anglophones.

Les institutions francophones exigent que les étudiants des programmes de stages satisfassent aux exigences de compétence en français pour pouvoir fonctionner dans une administration francophone. Le défi est de s'assurer que des ressources récurrentes sont fournies aux programmes en anglais menant à un diplôme pour que les étudiants d'expression anglaise des institutions francophones aient les connaissances voulues en français.

L'exode des jeunes est un problème commun à bien des régions. En 15 ans, la communauté dont la langue maternelle est l'anglais est passée de 14 à 9 p. 100 de la population totale du Québec⁷⁹. Un sondage effectué en 1991 dans les collèges et les cégeps anglophones a mis en évidence l'insatisfaction des étudiants à l'égard des perspectives d'emploi au Québec alors que 73 p. 100 d'entre eux ont déclaré envisager leur avenir à l'extérieur de la province⁸⁰. Bien que des études estiment que le taux annuel de départ réel est supérieur à 30 p. 100, l'exode des jeunes nuit aux régions. Il faut une mesure ciblée pour accroître la capacité des programmes anglophones d'études professionnelles dans les domaines de la santé et des services sociaux de recruter des étudiants anglophones des niveaux secondaire et collégial. Une telle stratégie aborderait la question de la rétention des jeunes dans les régions de même que le problème du sous-emploi chronique des anglophones dans le réseau québécois de santé et des services sociaux⁸¹.

Le recrutement et le maintien en poste des professionnels dans les régions est un défi pour toutes les institutions, sans égard à la langue. C'est un défi aussi pour les régions comme Montréal, à qui les efforts de recrutement déployés par d'autres régions ou provinces risquent de faire perdre des diplômés. Dans un contexte de compétition pour les ressources humaines, et en raison de la difficulté d'attirer des professionnels dans les régions, tous les partenaires concernés doivent déployer des efforts supplémentaires pour pousser les professionnels anglophones à faire leur stage, puis à travailler dans des régions éloignées. À cet égard, un investissement à long terme est nécessaire pour favoriser l'acquisition du savoir et promouvoir de nouvelles méthodes d'évaluation propres à contribuer à l'élaboration de stratégies efficaces de recrutement et de maintien en poste.

⁷⁹ Uli Locher, *Les jeunes et la langue, tome 2 : Usages et attitudes linguistiques des jeunes qui étudient en anglais (de la 4^e année du secondaire à la fin du collégial)*, Conseil de la langue française (Québec), Chapitre 8, 1994.
⁸⁰ Ibid., Chapitre 10.
⁸¹ CCCASM, « Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones (IMM), Québec, 2001, 2007, p. 154.

santé. Une approche souple a finalement été avalisée, permettant le lancement du programme de soutien à distance des professionnels en mars 2007.

Programme de recherche

Le projet de McGill a appuyé la mise sur pied d'une équipe interuniversitaire de recherche qui travaille à établir une infrastructure pour la recherche sur des questions liées aux enjeux de la communication et de la formation linguistique touchant l'accès aux services sociaux et de santé pour les minorités linguistiques⁷⁷. L'équipe de recherche ajoute aussi son expertise, selon les besoins, au volet formation linguistique du projet de McGill. Quatre domaines de recherche ont été déterminés, qui contribueront éventuellement aux nouvelles connaissances relatives à la prestation de services aux communautés minoritaires de langue officielle.

DÉFIS

Intégration de la formation linguistique dans les priorités de développement des ressources humaines

Les cours de formation linguistique en anglais pour les professionnels francophones ont remporté un franc succès, ayant été entrepris sur une base volontaire et adaptés au contexte des services et au vocabulaire du réseau de santé et de services sociaux. D'autres incitatifs ont contribué à ce succès, dont l'offre de remboursement des coûts de remplacement du personnel dans certains cas pour les institutions qui libéraient du personnel pour la formation. Avec plus de vingt organisations différentes qui offrent une formation linguistique, l'établissement de niveaux standardisés de compétence linguistique nécessaire pour différents types d'interventions demeure un défi. Le passage à cette prochaine étape de l'élaboration de normes de formation contribuera à ce que les citoyens d'expression anglaise reçoivent des services de même qualité en anglais partout au Québec. Il y a aussi le défi de l'intégration en milieu de travail des compétences linguistiques que les professionnels inscrits à un programme de formation linguistique ont acquises.

Les ressources humaines du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux varient grandement en raison de la vaste réorganisation du personnel et du départ à la retraite de professionnels du réseau. Les fluctuations constantes de personnel constituent de grands défis pour les institutions qui visent à assurer un accès continu aux services en anglais. Le défi consiste à s'assurer que la formation linguistique en anglais seconde est intégrée aux plans de développement des ressources humaines des institutions et que des ressources récurrentes sont prévues pour combler les besoins continus.

⁷⁷ Les chercheurs participants proviennent de l'Université McGill, de l'Université Concordia, de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université de Montréal.

⁷⁸ Les défis relevés dans la mise en œuvre de mesures de formation, de maintien en poste et de service à distance sont ressortis des consultations auprès d'intervenants qu'a tenues le Comité provincial sur l'offre de services sociaux et de santé en anglais, dans la préparation de son document d'opinion à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec sur l'intégration des résultats des mesures du Plan d'action fédéral dans le réseau de santé et de services sociaux. Le document d'opinion a été soumis en décembre 2006.

autres activités, mentionnons la constitution d'une banque de possibilités de stages dans les régions, un programme d'externat d'été et un programme de soutien des étudiants pour leur permettre d'absorber les coûts des stages d'étude loin de chez eux.

Soutien à distance de la communauté

Le programme de soutien à distance de la communauté offre des services à distance au moyen de la vidéoc conférence, ou de Telehealth, aux communautés minoritaires d'expression anglaise des régions rurales éloignées. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux coordonne cette mesure en partenariat avec le Centre universitaire de santé McGill. L'accès à un éventail de renseignements sur la prévention et sur la promotion de la santé s'est amélioré dans plusieurs communautés. Les communautés ont acquis de l'expertise et la capacité de cerner les besoins et de mobiliser la participation de la communauté aux séances de Telehealth. Des partenariats ont été établis entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les institutions de leur région qui fournissent des programmes de promotion de la santé et de prévention.

En 2005-2006, les programmes de Telehealth ont été fournis à onze communautés isolées, atteignant 28 différents sites de vidéoc conférence. Les programmes fournissaient notamment de l'information sur le cancer, la communication entre parents et adolescents, les soins palliatifs, la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme et le deuil⁷⁵. En 2006-2007, le programme a joint de nouvelles communautés au moyen de professionnels traitant de questions comme les troubles de l'attention, l'intimidation à l'école, la santé mentale et la dyslexie.

Près de 700 personnes ont participé à ces séances⁷⁶. Le programme de Telehealth comble une importante lacune d'accès aux programmes de santé publique et de prévention en anglais dans les collectivités où les anglophones sont en nombre insuffisant pour justifier l'offre de services en anglais par les institutions locales.

Soutien à distance des professionnels

Le Centre universitaire de santé McGill coordonne un programme qui utilise Telehealth pour appuyer les professionnels qui travaillent dans les communautés minoritaires d'expression anglaise de différentes régions. L'objectif visé est d'offrir un soutien professionnel à distance aux professionnels anglophones isolés pour les encourager à rester dans les régions. Y participent aussi des professionnels francophones qui servent des anglophones qui veulent avoir accès à des ressources en anglais pour améliorer leur aptitude à servir la clientèle anglophone.

La formation et le perfectionnement professionnel sont des aspects des nouveaux mandats attribués aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé (y compris le Centre universitaire de santé McGill), dans le nouveau contexte du système de santé et de services sociaux du Québec. Il a fallu du temps pour s'assurer que la mesure de soutien à distance des professionnels est conforme à la nouvelle orientation ministérielle assignant un corridor d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés à chaque réseau universitaire intégré de

⁷⁵ Ibid., p. 13.

⁷⁶ Les évaluations des séances Telehealth sont accessibles dans le site Web du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCCSSS), à l'adresse : <http://www.chssn.org>.

En 2005-2006, la première année du programme de formation linguistique, une formation en anglais langue seconde a été offerte à 1 427 professionnels francophones dans 15 régions⁷². Les objectifs de formation ont été établis par chaque organisme de santé et de services sociaux en conjonction avec les institutions publiques et la communauté anglophone de chaque région. Les priorités de la formation ont été définies à la lumière des besoins des communautés d'expression anglaise définies comme faisant partie des programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais devant recevoir l'appui du gouvernement du Québec.

Du personnel participant, 56 p. 100 occupait des postes dans des services de réception et d'aiguillage, 24 p. 100 des postes de services sociaux et 20 p. 100 des postes de services de santé. Quatre-vingt-une institutions ont participé, dont 39 centres de santé et de services sociaux, 14 centres de réadaptation, huit hôpitaux, six centres de jeunesse et six centres de soins de longue durée⁷³. En 2006-2007, l'ensemble des 17 régions participeront à cette formation, pour laquelle environ 2 000 inscriptions de francophones sont attendues.

Recrutement et maintien en poste des ressources humaines

L'objet de cette mesure pilote est d'encourager les professionnels d'expression anglaise, y compris les étudiants de programmes de formation professionnelle, à aller vivre dans les régions où il y a le plus de besoins. Le projet finance 22 partenariats pilotes de stages dans 14 régions⁷⁴. Chaque partenariat engage des institutions d'enseignement avec un ou plusieurs fournisseurs de services et la communauté locale d'expression anglaise. Une importante activité consiste à instaurer des stages d'étude dans les institutions francophones, qui encourageront ces institutions à embaucher des diplômés. Neuf des partenariats sont dirigés par des institutions de services sociaux et de santé et six par des organisations communautaires. Cinq projets sont pilotés par des institutions d'enseignement pour appuyer les stages d'étude dans les diverses régions.

Les partenariats ont permis de déposer plus de 132 offres officielles de stages. Les stages contribueront à combler les manques de professionnels en science infirmière, en ergothérapie, en physiothérapie, en diététique, en travail social et autres.

Un éventail de mesures appuie les partenariats. Citons par exemple le cours de supervision en ligne pour aider les membres des institutions francophones qui superviseront les étudiants anglophones. Le cours a été conçu par le Consortium national de formation en santé et illustre une importante collaboration entre le CNFS et l'Université McGill.

De plus, des cours de français sont offerts pour perfectionner les aptitudes d'expression orale et écrite en français des étudiants anglophones inscrits à des programmes de formation professionnelle. C'est une initiative fondamentale visant à encourager les diplômés anglophones à se sentir à l'aise pour travailler dans des institutions francophones, que ce soit dans l'Est de Montréal ou dans les régions. Cela permettra en outre aux étudiants de répondre aux exigences linguistiques de l'accréditation professionnelle au Québec. Au nombre des

⁷² Ibid., p. 9.
⁷³ Ibid., p. 10.
⁷⁴ Ibid., p. 12.

représentants de la communauté, du Consortium national de formation en santé et du Centre universitaire de santé McGill et des universitaires membres des équipes interuniversitaires de recherche associées au projet.

Partenariats et collaboration intersectorielle⁷¹

Mesure	Partenaire	Contribution
Programme de formation linguistique	<ul style="list-style-type: none"> – Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux – Ministère de la Santé et des Services sociaux – Organismes de santé et de services sociaux – Centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires de réseaux locaux – Organisations communautaires – Organismes de formation 	<ul style="list-style-type: none"> – Assurer la participation des communautés minoritaires d'expression anglaise – Assurer la conformité des projets avec les priorités ministérielles actuelles – Coordonner la mise en œuvre du programme dans chaque région – Participer à l'évaluation des besoins en personnel et à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme – Communiquer ses besoins et participer aux projets locaux ou régionaux – Fournir une formation et participer au réseau d'échange et de soutien des formateurs
Maintien en poste des professionnels dans les régions	<ul style="list-style-type: none"> – Institutions d'enseignement – Ministère de la Santé et des Services sociaux – Centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires de réseaux locaux – Organisations communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> – Travailler en partenariat avec le projet de McGill et les institutions de santé et de services sociaux – Veiller à ce que les projets soient conformes aux priorités ministérielles – Convenir d'entretenir ou d'instaurer des sites de placement – Soutenir les sites institutionnels de placement
Soutien professionnel à distance	<ul style="list-style-type: none"> – Centre universitaire de santé McGill – Centre d'enseignement du français et de l'anglais (CEFA) (Faculté des arts de l'Université McGill) – Consortium national de formation en santé (CNFS) 	<ul style="list-style-type: none"> – Concevoir le programme de soutien à distance des professionnels – Concevoir le programme d'enseignement du français écrit pour les étudiants d'expression anglaise qui travailleront en milieu francophone – Établir un partenariat pour le programme de formation des superviseurs sur le terrain – Coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme
Soutien de la communauté à distance	<ul style="list-style-type: none"> – Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux 	

Diverses mesures sont mises en œuvre. Ce sont notamment la formation linguistique, la rétention régionale de diplômés de programmes de formation professionnelle et les initiatives de soutien à distance de la communauté et des professionnels.

⁷¹ McGill Training and Human Resources Development Project, *Annual Report 2005-2006*, juin 2006, p. 15.

La mise en œuvre des changements structurels au système exigeait que l'on garantisse des solutions à long terme aux problèmes d'accès qui posaient des défis aux promoteurs de projets en raison de la courte période de mise en œuvre des projets. La réorganisation des services nécessite un processus d'études en quatre étapes et des activités conjointes pour établir les profils de l'offre et de la demande; une proposition de modèles de prestation de services; la négociation d'ententes entre partenaires signataires; la mise en œuvre des décisions qui touchent le déploiement de ressources humaines. La stratégie des promoteurs de projets pour influencer sur les processus décisionnels régionaux était souvent limitée par les actions d'autres intervenants réagissant à des priorités différentes et par la position hiérarchique des promoteurs de projets dans le réseau de santé et de services sociaux. Le défi est de veiller à ce que les investissements axés sur des améliorations structurelles de l'accès aux services pour les communautés d'expression anglaise soient harmonisés à la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du système québécois.

BÂTIR LES FONDATIONS : FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Le projet de formation et de développement des ressources humaines de l'Université McGill vise à ce que le réseau de santé et de services sociaux du Québec puisse maintenir un effectif suffisant apte à fournir la gamme des services en anglais. L'Université joue un rôle fondamental puisqu'elle est l'unique institution anglophone à offrir la gamme complète de programmes de formation professionnelle dans les domaines de la santé et des services sociaux. Son leadership en matière de recherche ajoute une importante dimension à la mise en œuvre des mesures. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux est le principal partenaire communautaire retenu à contrat et chargé d'assurer la liaison entre le projet et la communauté minoritaire d'expression anglaise.

L'initiative contribue à renforcer la capacité du réseau de santé et de services sociaux du Québec de veiller à ce que ses ressources humaines puissent fournir des services de qualité continus aux citoyens anglophones. Les mesures de projet aident à rehausser la gamme et la qualité des services fournis aux petites communautés minoritaires d'expression anglaise ou à celles qui sont isolées. Un élément clé est un modèle novateur de partenariat qui lie l'Université aux 17 organismes régionaux de santé et de services sociaux, à plusieurs institutions de santé et de services sociaux, à des organismes de formation linguistique et à des organisations communautaires. Le tableau qui suit illustre leurs contributions. Les ententes de partenariat contribuent à accroître le nombre de professionnels anglophones qui travailleront dans les régions. En conséquence, la collaboration avec les fournisseurs de services et les communautés minoritaires d'expression anglaise engendre un nouveau rôle pour le milieu de l'anglais dans la formation et le soutien des professionnels qui travaillent, ou comptent travailler, dans les régions.

Un comité consultatif est régulièrement consulté sur les aspects de la mise en œuvre de projets ainsi que sur les initiatives d'évaluation et de recherche. L'organe consultatif est composé de représentants mandatés par des parties intéressées considérées comme des intervenants dans les activités des projets. Au nombre de ses membres se trouvent des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'ordres professionnels de travailleurs sociaux ainsi que d'infirmières et d'infirmiers et d'institutions publiques, des

37 promoteurs de projets et à leurs partenaires communautaires pour leur permettre de planifier et de mettre en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires.

Activités de réorganisation des services

Les initiatives de réorganisation des services visaient à changer la manière dont les services sont fournis en mettant en œuvre de nouveaux modèles d'organisation de services. Le but visé était de régler le problème de la demande insuffisante pour des services en anglais (en raison de la sous-utilisation ou des populations dispersées) avec une approche structurelle d'amélioration de l'offre de services. La réorganisation de la ligne d'information sur la santé (Info-Santé) pour établir quatre établissements centraux afin de servir la population anglophone est le principal exemple de cette activité.

Les projets de réorganisation des services comportaient à la fois des initiatives inter-organisationnelles et intra-organisationnelles. Les activités inter-organisationnelles ciblèrent les services au sein d'un territoire donné, et plusieurs organisations y ont participé. Citons par exemple le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Pontiac dans la région de l'Outaouais, qui a élaboré un programme intégré de soins palliatifs dans tout le territoire. Une équipe interdisciplinaire a été recrutée et formée. Au nombre des mesures complémentaires adoptées se trouvaient d'autres ressources communautaires, un hôpital communautaire et sa fondation. L'organisme de développement régional et des organisations de la communauté anglophone. Le projet a engendré l'établissement d'un nouveau centre de soins palliatifs devant être hébergé dans l'hôpital communautaire du Pontiac.

Une stratégie intra-organisationnelle pour le changement structurel vise la réorganisation des services au sein d'une seule organisation. Citons comme exemple le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke de la région de l'Estrie, qui a mis sur pied une équipe de neuf techniciens en loisirs pour fournir un programme d'activités sociales et éducatives pour les résidents anglophones dans ses quatre pavillons de soins de longue durée. Les familles des résidents ont participé au programme à l'étape de sa conception, qui comprenait aussi le recrutement et la formation de bénévoles de la communauté pour appuyer le projet.

DÉFIS

Durabilité des résultats dans un contexte de changement

Les mesures d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux de premier niveau ont été réalisées sur une courte période de 15 mois, tandis que la réorganisation du système devra se faire sur une plus longue période. L'élaboration des projets cliniques et organisationnels est la clé du soutien des résultats de ces investissements dans le contexte de la réorganisation des services au moyen d'une approche axée sur la population. La pleine mise en œuvre des 95 réseaux de services locaux du Québec reste à réaliser. Le défi est de s'assurer que les résultats des premiers investissements pour améliorer les services sociaux et de santé de premier niveau pour les anglophones sont soutenus et reportés dans les prochaines phases de la restructuration du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Recrutement et perfectionnement des ressources humaines

Huit projets ont permis de recruter au total 64 professionnels pour accroître les services en anglais. Plusieurs projets ont permis de recruter des bénévoles des communautés minoritaires d'expression anglaise pour faire le complètement des services. Trente bénévoles ont participé à des séances d'orientation. Plus de la moitié des projets ont permis d'offrir une formation linguistique spécialisée à 391 professionnels des soins infirmiers, des services sociaux et autres.

Traduction des documents pour les utilisateurs et les professionnels

Près de la moitié des projets ont permis de traduire des documents à la fois pour les clients utilisateurs et pour les professionnels d'expression anglaise désignés pour les servir. Cette activité a contribué à l'amélioration de l'offre de services. Plus de 791 documents et guides destinés aux utilisateurs d'expression anglaise ont été traduits en plus de 288 documents destinés aux professionnels.

Activités de collaboration et de partenariat avec les communautés minoritaires d'expression anglaise

Les activités de partenariat avec des organisations communautaires ont été considérées comme un mécanisme d'intervention important pour les fournisseurs de services. Au nombre des activités conjointes, il y a eu des évaluations des besoins qui, parfois, ont mené à des décisions sur des mesures à prendre pour améliorer l'accès aux services⁷⁰. Cette approche coopérative appuyait les mesures conjointes des fournisseurs de services et des organisations communautaires pour promouvoir l'offre de services dans les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Promotion des services

Des activités de promotion ont permis d'informer les citoyens d'expression anglaise des services offerts en anglais afin d'encourager l'utilisation de ces services par les communautés. Plus de la moitié des projets comprenaient des campagnes de promotion faisant appel notamment à des brochures, à des avis et à des articles publiés. Plus de 2 900 anglophones ont assisté à des séances d'orientation, à des forums et à des ateliers sur la promotion de la santé et sur des sujets connexes.

Formation de ressources d'information

Un peu moins de la moitié des projets ont englobé des études des besoins de la communauté. Dans certains cas, les résultats ont donné des renseignements sur la qualité des services et leur niveau d'utilisation par les citoyens d'expression anglaise. Dans bien des cas, les sondages des besoins ont engendré des décisions d'améliorer l'accès aux services.

Le RCSSS a dressé des profils démographiques et socioéconomiques détaillés des communautés minoritaires d'expression anglaise dans chaque sous-territoire administratif. La documentation a été communiquée aux

⁷⁰ ENAP, *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec*, octobre 2006, p. 23.

BÂTIR LES FONDATIONS : SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Sous les auspices du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, 37 projets d'adaptation des soins de santé primaires ont été mis en œuvre dans une période de 15 mois se terminant en mars 2006⁶⁶. Des projets ont été exécutés dans 14 régions administratives dans le but d'améliorer l'accès aux services sociaux et de santé de niveau primaire en anglais et de favoriser l'établissement de liens entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les fournisseurs de services⁶⁷. Trois domaines de priorité étaient ciblés : un meilleur accès aux lignes d'information sur la santé (Info-Santé), l'accès accru aux services sociaux et de santé communautaires de première ligne et l'adaptation du milieu de vie dans les institutions pour répondre aux besoins culturels et linguistiques des anglophones.

Les fournisseurs de services et organisations communautaires sondés sur les résultats des projets ont affirmé que les conditions d'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise s'étaient améliorées et que les activités des projets suscitaient une hausse de la demande de services par les anglophones. Les fournisseurs de services estiment que les projets renforcent la capacité de leurs organisations de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise. Plus précisément, on constate une augmentation du personnel apte à fournir des services en anglais, on remarque que les services sont mieux adaptés pour répondre aux besoins et on connaît mieux les besoins des communautés⁶⁸. Les anglophones sont de mieux en mieux informés des services en conséquence de la consolidation des liens entre les organisations communautaires et les fournisseurs de services. Les projets de réseau dans certaines régions jouent un rôle fondamental dans l'obtention de résultats positifs. C'est le cas lorsque ces projets de soins de santé primaires font partie des activités de réseau dans les régions de Gaspé, de la Montérégie, de l'Estrie, de Montréal-Est et de l'Outaouais.

Réorganisation du système d'information sur la santé (Info-Santé)

Une série d'initiatives interdépendantes a été coordonnée avec la mise en œuvre de la refonte du programme Info-Santé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Quatre centres Info-Santé centralisés de langue anglaise ont été établis à Montréal, à Laval, en Estrie et en Outaouais. Le but visé était de garantir une masse critique d'infirmières bilingues dans les centres désignés pour desservir la population anglophone jour et nuit. À cette fin, 1 550 protocoles employés par les infirmières et infirmières pour répondre aux personnes qui appellent ont été mis à jour et traduits en anglais. Des répertoires de ressources communautaires ont été mis à jour et traduits, et 97 infirmières ont reçu une formation linguistique⁶⁹.

⁶⁶ Vingt-trois autres projets d'adaptation des soins de santé primaires sont financés pour 2006-2007. Les projets prennent appui sur les projets de soins de santé primaires de la première phase, avec l'ajout d'initiatives ciblées pour améliorer les mécanismes de suivi de l'état de santé des anglophones, adapter des services dans le cadre de l'élaboration de projets cliniques et organisationnels et renforcer des partenariats entre les partenaires institutionnels et communautaires.

⁶⁷ Pour voir les résultats de chaque projet, consulter le *Guide des projets* – Initiative d'accès aux soins de santé primaires, dans le site Web du RCSSS à l'adresse : <http://www.chssn.org>.

⁶⁸ ENAP, *Rapport final : Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec (Projet FASSP)*, octobre 2006, p. iii.

⁶⁹ *Rapport final des activités et des résultats du projet « Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires pour les personnes d'expression anglaise du Québec, RCSSS, mai 2006, p. 28.*

communautaires devront relever le défi de dresser des plans de viabilité pour assurer leur capacité de coordonner les réseaux et d'exercer des pressions en tant qu'éléments reconnus du réseau de santé et de services sociaux.

Gouvernance communautaire

L'ensemble des onze réseaux fonctionne selon un modèle de gouvernance communautaire pour assurer la place centrale des intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise dans les activités de réseau. Les partenaires publics ont bien réagi à ce modèle et ont reconnu les avantages de la participation aux structures de coordination qui sont complémentaires à leurs propres processus institutionnels officiels. Le défi consiste à maintenir un modèle de gouvernance de réseau communautaire qui ne reproduise pas les mécanismes institutionnels de coordination et de consultation que doivent employer les partenaires afin de planifier les services pour l'ensemble de la population de leur territoire, mais en sont plutôt le complément. Un transfert du programme de réseau communautaire aux partenaires publics signifie que les intérêts particuliers des communautés minoritaires d'expression anglaise risquent d'être marginalisés.

Communautés vulnérables

Le portrait des caractéristiques des déterminants démographiques et de la santé des communautés minoritaires d'expression anglaise met en évidence de nombreuses communautés vulnérables. Les réseaux régionaux et locaux actuels n'atteignent que 27 p. 100 des 95 territoires administratifs sous-régionaux qui sont le noyau de la démarche axée sur la population utilisée pour l'organisation des services. Environ un cinquième de la population minoritaire d'expression anglaise vit dans des territoires où existent des réseaux régionaux et locaux. Les communautés des Laurentides, de Lanaudière, du Saguenay, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, du Bas-Saint-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue sont démographiquement vulnérables, ont de faibles infrastructures communautaires et affichent des inégalités en matière de l'état de santé. Dans d'autres régions, comme la Montérégie et Chaudière-Appalaches, les réseaux ne couvrent pas tous les territoires ayant des communautés minoritaires d'expression anglaise vulnérables.

L'évaluation de la mise en œuvre et les premiers résultats des réseaux font ressortir les différences qui apparaissent entre les communautés participant aux réseaux et celles qui n'y participent pas. Les communautés participantes font état de répercussions nettement plus positives sur l'enrichissement des connaissances, la participation communautaire, le recensement des besoins et des priorités, la coordination ainsi que la formation et le perfectionnement des bénévoles⁶⁴.

Le défi est maintenant d'engager les communautés minoritaires d'expression anglaise vulnérables dans le contexte d'une vaste réorganisation du réseau de santé et de services sociaux lorsque la capacité de leur communauté d'établir et de maintenir des réseaux est très limitée, voire inexistante⁶⁵.

⁶⁴ ENAP, *Rapport d'évaluation préliminaire : L'Initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé*, Québec Community Groups Network (QCCGN), novembre 2006, p. iii-iv.

⁶⁵ L'évaluation fait ressortir que plusieurs communautés n'ont pas pu adhérer au programme de contribution au réseautage en raison de leur capacité restreinte de se mobiliser et d'exécuter les tâches de présentation d'une demande. Cela démontre que les communautés plus faibles ont besoin d'un soutien ciblé pour parvenir à obtenir de nouvelles ressources afin de former des réseaux.

partenaires de réseau ont découvert de nouveaux groupes communautaires ayant les mêmes intérêts. Les nouvelles relations établies favorisent une meilleure collaboration. Les partenaires qui n'avaient jamais travaillé ensemble font preuve d'une plus grande ouverture à l'idée de partager des ressources organisationnelles avec d'autres partenaires pour promouvoir la mise en œuvre de projets de santé et de services sociaux.

Formation et perfectionnement des bénévoles

Certaines organisations communautaires et des partenaires publics ont maintenant accès à des bénévoles bénévoles et élaboré une base de données pour les coordonner. La formation des bénévoles a été établie dans certains réseaux pour appuyer leur rôle complémentaire auprès des institutions de santé et de services sociaux.

Services d'information et d'aiguillage

Les réseaux ont conçu des outils de communication pour orienter les membres des communautés d'expression anglaise vers les ressources et les services actuels. De nombreux membres des communautés utilisent maintenant ces services d'information, qui assurent l'orientation efficace des citoyens d'expression anglaise vers les organisations pertinentes.

Réorganisation et création de nouveaux services

Les réseaux sont aux premiers stades de leur développement et ne font qu'aborder les défis importants que pose la réorganisation des services. Alors que les changements structurels nécessitent de nombreux acteurs à divers niveaux du système public, l'élaboration de nouveaux services est un objectif à plus long terme des réseaux, bien que certains agissent plus rapidement en ce sens. La réorganisation et le développement des services sont liés au processus d'élaboration de projets cliniques et organisationnels à plusieurs étapes dans chacun des 95 réseaux locaux de services; à la mise en œuvre de réseaux universitaires intégrés de santé pour l'accès aux services spécialisés et ultraspecialisés et la coordination de l'enseignement, de la recherche et de la formation; à la mise en œuvre de nouvelles stratégies de santé publique aux niveaux provincial, régional et local.

DÉFIS

Viabilité

Un élément important de la viabilité des initiatives actuelles de réseautage est l'engagement continu des partenaires publics ainsi que d'autres ressources communautaires à travailler avec les communautés anglophones en situation minoritaire. Cela entraîne des priorités et des actions conjointes pour répondre aux besoins en évolution de la communauté, engendrer des bénéfices réels et représenter le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Ce nouveau contexte présente aussi des défis puisque les changements structurels prendront du temps et engageront de nombreux acteurs à des niveaux différents. Il est clair que les institutions publiques ont peu ou pas de ressources pour appuyer le rôle de coordination des communautés à long terme. Les partenaires

Formation de réseaux

Les réseaux officiels englobant des partenaires communautaires et publics sont établis dans toutes les régions cibles. Le réseau provincial (le RCSSS) a lié toutes les unités de réseau. Les connaissances et les pratiques exemplaires sont mises en commun entre réseaux au moyen de rassemblements des intervenants, comme des conférences et des journées de réflexion. Un bulletin de nouvelles communiqué les activités de réseau à tous les membres. Dans chaque communauté, les réseaux ont recruté de nombreux partenaires. Ce sont notamment des bénévoles de même que des organisations de services communautaires, municipaux, sociaux et de santé.

Enrichissement des connaissances

Le réseau provincial a constitué une base de connaissances pour chaque réseau. Des rapports de données de base ainsi que des profils régionaux et locaux des caractéristiques des déterminants démographiques et de la santé assurent l'établissement d'un réseau fondé sur les connaissances. Ces données ont permis aux réseaux de déterminer les besoins et les priorités, d'appuyer la sensibilisation communautaire et d'élaborer des outils de communication. Les intervenants du réseau ont affirmé que l'accent mis sur une solide base de connaissances a contribué à la collecte de nouvelles données sur les déterminants de la santé et du bien-être des communautés minoritaires d'expression anglaise.

Participation de la communauté

Au moyen des réseaux, les communautés minoritaires d'expression anglaise établissent des rapports avec les institutions de services sociaux et de santé. Les interactions ont mené à la participation de la communauté aux comités, aux projets et aux activités. Cela a accru la participation des anglophones dans le réseau de santé et de services sociaux et a sensibilisé les partenaires publics aux besoins de la communauté.

Détermination des besoins et priorités

Les priorités d'accès aux services ont été définies et des mesures ont été entreprises dans les communautés financées. La production de données a contribué à clarifier les besoins de la population et a donné lieu à des projets et à des plans d'action. Les partenaires publics ont affirmé que les activités de réseau ont grandement sensibilisé le secteur public aux besoins communautaires et engendrent une notion commune des enjeux qui exigent une intervention.

Coordination

L'identification des partenariats engendre une meilleure coordination des divers acteurs participant aux projets d'adaptation des services ou à la conception de nouveaux modèles de services. Une plus grande coordination est probable aux premiers stades des projets lorsque ces derniers ont besoin de temps pour mûrir. De nombreux

⁶³ ENAP, Rapport d'évaluation préliminaire : L'initiative de partenariat et de réseautage des services sociaux et des services de santé, Québec Community Groups Network (QCCGN), novembre 2006.

Deux autres réseaux ont été formés pour répondre aux besoins du secteur et de la province. Le Fraser Recovery Program offre des programmes de prévention de la toxicomanie chez les jeunes et les adultes. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS) parraine des projets et initiatives en établissant des partenariats et des réseaux dans le but de faciliter l'accès aux services sociaux et de santé en anglais et de stimuler la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise.

Réseaux sectoriels et provinciaux

Organisation parrainant un réseau		Programmes	Partenaires de réseau
Fraser Recovery Program (réseau sectoriel)	– Prévention et traitement de la toxicomanie chez les jeunes et les adultes – Organisation de réseaux locaux de prévention de la toxicomanie – Formation de ADAPT (Alcohol and Drug Abuse Prevention Team – Équipe de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie) – Campagnes de sensibilisation à la toxicomanie et à l'alcoolisme	– Réseaux dans l'Est du Québec (Basse-Côte-Nord, côte de la Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, Québec, Chaudière-Appalaches) – Programme Telehealth du RCSSS	
Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (réseau provincial)	– Développement communautaire et renforcement de la capacité pour les réseaux et d'autres communautés minoritaires d'expression anglaise – Développement des connaissances et partenariats pour la recherche – Ressources d'information pour favoriser l'accès aux données, l'information en ligne et les liens de communication en réseau – Modèles novateurs de prestation de services qui favorisent les partenariats de Telehealth, l'adaptation des soins de santé primaires, les stratégies de maintien en poste des ressources humaines et l'économie sociale	– Développement communautaire et renforcement de la capacité pour les réseaux et d'autres communautés minoritaires d'expression anglaise – Développement des connaissances et partenariats pour la recherche – Ressources d'information pour favoriser l'accès aux données, l'information en ligne et les liens de communication en réseau – Modèles novateurs de prestation de services qui favorisent les partenariats de Telehealth, l'adaptation des soins de santé primaires, les stratégies de maintien en poste des ressources humaines et l'économie sociale	– 64 organisations membres : • 19 organisations communautaires dont un aspect du mandat consiste en l'offre de services sociaux et de santé • 17 ressources communautaires du secteur des services sociaux et de santé • 10 établissements de services sociaux et de santé • 3 organisations publiques du secteur de l'éducation • 5 fondations • 7 membres associés dont des instituts, associations et autres réseaux • 3 sociétés membres – Partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour la mise en œuvre des projets d'adaptation des soins de santé primaires – Partenariat avec l'Université McGill pour la mise en œuvre d'initiatives de formation et de développement des ressources humaines

ACTIVITÉS FINANCÉES PAR LE PLAN D'ACTION FÉDÉRAL

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSEAUTAGE ET COLLABORATION

Onze réseaux officiels réunissent les communautés anglophones et les fournisseurs de services aux niveaux local, régional et provincial. La plupart de ces réseaux s'efforcent d'intégrer les deux autres mesures financées par le Plan d'action : les projets d'adaptation des soins de santé primaires; les projets de formation linguistique, de maintien en poste et de service à distance. Cette stratégie a fait en sorte que les participants communautaires de chaque réseau ont une capacité vitale minimale de mobiliser et de former des réseaux avec des partenaires publics. Les intervenants institutionnels engagent petit à petit les ressources nécessaires pour assurer leur propre participation et contribuent à l'atteinte des objectifs communs du réseau.

Réseaux de partenariats régionaux et locaux

Organisation partageant un réseau	Région administrative	Sous-région administrative	Population d'expression anglaise (Nombre ⁶¹ et pourcentage de la population de la sous-région)
Coasters' Association	Côte-Nord	1 territoire	3 560
Council for Anglophone Gaspsie-Iles-de-la-Madeleine	Gaspsie-Iles-de-la-Madeleine	1 territoire	805
Magdalen Islanders	Gaspsie-Iles-de-la-Madeleine	1 territoire	2 630
Vision Gaspé Percé Now	Gaspsie-Iles-de-la-Madeleine	1 territoire	920
Committee for Anglophone Social Action	Gaspsie-Iles-de-la-Madeleine	1 territoire	5 670
Meganitic English-Speaking Community Development Corporation	Chaudière-Appalaches	3 territoires	2 215
Townshippers' Association	Estrie	7 territoires (région entière)	23 390
Townshippers' Association	Monterégie	2 territoires	11 140
Catholic Community Services	Montréal	4 territoires (Est de Montréal)	13 910
Regional Association of West Quebecers	Outaouais	5 territoires (région entière)	53 945
Total	7 régions sur 16 (43 %)	26 territoires sur 95 (27 %)	195 520 sur 918 955 (21 %)

⁶⁰ Les sous-territoires administratifs sont des secteurs géographiques devant être desservis par des centres de services sociaux et de santé (CSSS). Les réseaux peuvent ne pas nécessairement couvrir toute la communauté minoritaire d'expression anglaise dans un sous-territoire donné, selon l'état d'avancement du réseau et le degré de participation des partenaires publics. De plus, certains réseaux peuvent couvrir les petites communautés d'un sous-territoire adjacents qui ne leur sont pas assignées selon le tableau qui précède

⁶¹ Les anglophones sont identifiés par la langue maternelle ou la première langue officielle parlée, selon la variable qui donne la représentation la plus précise du nombre d'anglophones d'un territoire. Les statistiques sont extraites de *Caractéristiques démographiques et sociales de la population anglophone de chaque région socio-santitaire du Québec*, Jan Wamke, RCSSS, septembre 2006. Les profils peuvent être consultés à l'adresse <http://www.chssn.org/fr/default.asp>.

⁶² Vision Gaspé Percé Now et CASA desservent les communautés minoritaires anglophones du territoire du CSSS du Rocher Percé.

Selon des évaluations formatives et finales des trois mesures financées par le Plan d'action, les investissements commencent à porter leurs fruits. La mise en œuvre fructueuse des initiatives et les évaluations positives des premiers résultats ont confirmé l'engagement de tous les intervenants à mener les mesures à maturité et préparer le terrain pour des changements à long terme qui amélioreront les résultats pour la santé dans les communautés d'expression anglaise du Québec.

Les investissements appuient des activités de durée variable, allant de quelques mois à quatre ans. Que les activités soient liées au réseautage, à l'adaptation des soins de santé primaires ou à la formation et au développement des ressources humaines, les résultats à moyen et à long terme sont étroitement liés aux réformes structurelles dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec qui toucheront l'intégralité de la population, y compris les communautés anglophones en situation minoritaire.

Investissements du Plan d'action fédéral

Mesure	Engagement du Plan d'action	Ressources réelles investies	Échéance
Initiative de réseautage et de partenariat	4,7 M\$	4,3 M\$ ⁵⁵	2004-2008 (4 ans)
Adaptation des soins de santé primaires, phase 1	10 M\$	10 M\$	janvier 2005 – mars 2006 (15 mois) ⁵⁶
Adaptation des soins de santé primaires, phase 2	3,4 M\$	3,4 M\$	décembre 2006 – mars 2007 (4 mois) ⁵⁷
Formation et développement des ressources humaines	12 M\$	11,5 M\$ ⁵⁸	juillet 2004-2008 (3 ans, 8 mois) ⁵⁹

Les intervenants associés aux évaluations ont généralement convenu que l'échéancier des investissements fédéraux leur a permis de réaliser de nombreux objectifs à court terme et a engendré les conditions nécessaires pour effectuer un changement plus profond et permanent. De l'avis général, il faudra plus de temps et de ressources pour concrétiser les changements structurels à plus long terme nécessaires pour maintenir les gains d'accès et assurer de meilleurs résultats pour la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise.

⁵⁵ En raison du délai entre l'annonce du Plan d'action en mars 2003 et la mise en œuvre du Programme de contribution, l'allocation pour 2003-2004 a été réduite pour appuyer les activités de lancement de programmes au dernier trimestre de l'exercice 2003-2004. L'activité réelle de réseautage a commencé en 2004-2005.

⁵⁶ Les retards dans la mise au point de l'accord de contribution et l'achèvement du protocole intergouvernemental ont réduit la période de mise en œuvre du projet à 15 mois.

⁵⁷ Les retards dans le versement des 3,4 M\$ ont réduit la période de mise en œuvre du projet à 4 mois.

⁵⁸ Les retards dans le lancement du Programme de contribution et la négociation du protocole intergouvernemental ont entraîné la perte de l'allocation de 0,5 M\$ pour 2003-2004.

⁵⁹ L'accord de contribution a été signé en juillet 2004, ce qui a réduit la période de mise en œuvre.

fondamentale du succès de l'intégration des mesures du Plan d'action dans le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Pour relever les défis futurs, une collaboration continue est nécessaire entre les deux niveaux de gouvernement, avec la reconnaissance des communautés minoritaires d'expression anglaise comme partenaires à part entière. Ainsi, les politiques fédérales et les mesures qui en découlent qui appuient les initiatives du Québec représenteront les intérêts de tous les intervenants, renforceront les investissements publics actuels et assureront l'engagement à long terme du gouvernement à l'égard de la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire.

développements pouvant contribuer à engendrer les conditions nécessaires pour accroître l'accès à la gamme des services pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.

LE NOUVEAU CONTEXTE DU RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Le gouvernement du Québec a entrepris une vaste réforme visant à établir des réseaux locaux intégrés de services sociaux et de santé. L'un des buts visés est d'élargir la perspective du réseau de santé et de services sociaux au-delà du point de mire sur la prestation de services pour englober l'amélioration des résultats pour la santé aux niveaux de l'individu et de la population.

En 2004, 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été formés par la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), avec des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la plupart des cas, un hôpital. Le nombre d'établissements de santé publique a chuté de 42 p. 100, passant de 339 à 195. Un complètement est constitué entre le réseau public et les cabinets privés de médecins généralistes en établissant des liens entre les groupes de médecine familiale et les cliniques de réseau. Des réseaux universitaires intégrés de santé sont mis sur pied pour faciliter l'accès au moyen de « corridors » désignés aux services ultraspecialisés afin d'éviter le chevauchement ou les services médicaux coûteux. Ces réseaux coordonnent également l'enseignement et les programmes de recherche des établissements de santé affiliés à des universités. Ils encouragent le maintien des qualifications professionnelles et supervisent la formation médicale et la répartition des étudiants en médecine dans les établissements des réseaux de santé universitaires. De nouvelles orientations guidant la stratégie de santé publique du Québec appuieront l'élaboration de plans de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Ces changements modifieront en profondeur la manière dont les citoyens anglophones recevront les services sociaux et de santé dans les années à venir.

Une importante initiative est lancée pour décompartmentaliser la pratique professionnelle et promouvoir le travail d'équipe dans le secteur de la santé. Des plans cliniques et organisationnels sont mis au point qui changeront en profondeur la manière dont les services de santé seront offerts à une population définie en fonction de territoires⁵³. Les nouveaux centres de santé et de services sociaux, au cœur de ces réseaux locaux, évalueront les besoins de la population, cerneront les lacunes et établiront des mécanismes et des modèles de services pour assurer un accès efficace aux services. L'élaboration de projets cliniques et organisationnels ajoutera une fonction complémentaire aux programmes d'accès définissant le droit légal des anglophones à des services en anglais⁵⁴. Les deux éléments sont étroitement liés puisque les projets cliniques et organisationnels doivent tenir compte des caractéristiques particulières de la population concernée, y compris de ses caractéristiques linguistiques.

Les mesures du Plan d'action fédéral visant à accroître l'accès aux services sociaux et de santé de premier niveau, à assurer la formation et le perfectionnement des ressources humaines et à appuyer le réseautage des communautés et des fournisseurs de services arrivent en temps opportun, alors que le réseau de santé et de services sociaux du Québec se prépare pour la prochaine grande phase de sa réforme. L'établissement de rapports officiels et durables entre les communautés et les partenaires est considéré comme une condition

⁵³ *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document

principal, MSSS, octobre 2004.

⁵⁴ *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, MSSS, mars 2006.

mais, en même temps, ces institutions doivent démontrer leur capacité de servir la population francophone

majoritaire⁴⁷.

Dans les régions autres que Montréal, les quelques institutions historiques qui fournissent des services sociaux et de santé aux communautés minoritaires d'expression anglaise ont subi une réorganisation, leur mandat traditionnel a été modifié et, parfois, leur gouvernance a été confiée à la communauté majoritaire.

Les citoyens anglophones de l'extérieur de la région de Montréal sont susceptibles de recevoir les services d'institutions francophones. Les membres de la communauté font encore face à de grands défis au plan de l'obtention de services en anglais et de la participation aux structures de gouvernance de ces institutions. La sous-utilisation des services publics reste une réalité⁴⁸ puisque les anglophones ont plus tendance à se tourner vers leur famille ou leurs amis d'abord avant de recourir à une institution publique lorsqu'ils ont des troubles de santé⁴⁹. Les communautés doivent fournir un effort constant pour faire en sorte que les réseaux institutionnels transformés adaptent leurs services pour répondre aux besoins des citoyens anglophones.

Les problèmes d'accès ne sont pas uniquement une réalité des communautés extérieures à l'île de Montréal. Dans l'Est de Montréal, le taux de satisfaction des citoyens anglophones relativement à l'accès aux services est faible, comparativement à celui des anglophones du reste de Montréal. Les institutions francophones sont les principaux fournisseurs de services pour la population dans cette partie de la région et n'ont pas nécessairement le personnel à même de fournir des services en anglais⁵⁰.

La transformation continue du réseau de santé et de services sociaux du Québec a profondément modifié les réseaux institutionnels desservant les communautés d'expression anglaise. En conséquence, la mobilisation est un défi constant pour les communautés et les fournisseurs de services dans leur efforts visant à combler les lacunes persistantes des services en anglais dans les domaines des soins de santé primaires, des services sociaux, de la réadaptation, des soins de longue durée et des services médicaux généraux et spécialisés⁵¹.

Les investissements dans le cadre du Plan d'action fédéral, l'actuel examen des programmes d'accès aux services en anglais⁵² et les nouvelles orientations visant à rapprocher les services de la population promettent des améliorations. En octobre 2006, le gouvernement du Québec a adopté un décret désignant les institutions mandatées pour fournir la gamme complète de leurs services en anglais. Plusieurs de ces institutions sont celles qui, depuis toujours, desservent les collectivités minoritaires d'expression anglaise et bénéficient de l'exemption de certaines dispositions de la *Charte de la langue française*, ce qui leur permet de fonctionner comme des institutions bilingues. Des 42 institutions désignées, 29 sont à Montréal (dont 8 sont des centres de soins de longue durée ou des résidences), 1 à Québec, 3 en Estrie (Cantons de l'Est), 2 en Outaouais (Ouest du Québec), 1 sur la Côte-Nord (Basse-Côte-Nord), 1 à Laval, 1 dans Lanaudière, 1 dans les Laurentides et 3 en Montérégie.

⁴⁸ Tandis que 26 p. 100 des francophones ont utilisé Info-Santé (ligne d'information sur la santé) sur une période de 12 mois, seulement 15 p. 100 des anglophones l'ont fait. SOM, *Étude sur la notoriété du service Info-Santé*, rapport final

⁴⁹ Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 18.

⁵⁰ Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 36.

⁵¹ Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 29. Alors que 39,4 p. 100 des anglophones de l'Est de Montréal sont satisfaits de l'accès aux services en anglais, le taux est de 55,3 p. 100 dans l'Ouest de la ville.

⁵² CCCASM, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Santé Canada, 2002, p. 15.

Des organismes régionaux sont à préparer de nouveaux programmes d'accès aux services sociaux et de santé en anglais, qui devront être approuvés par le gouvernement du Québec. Les plans recensent les institutions qui doivent s'assurer que certains services désignés sont offerts en anglais pour les anglophones.

anglophones reçoivent des services d'un médecin en anglais dans quatre régions administratives. Ce sont les régions où la communauté constitue une très mince proportion de la population régionale⁴².

Le taux d'accès à des services en anglais est en baisse pour d'autres services sociaux et de santé publics. Deux tiers de la clientèle a été servie en anglais dans les centres de services communautaires, et ce taux est descendu sous la barre des 50 p. 100 dans 9 des 19 régions et sous-régions (dont Montréal-Est). Pour les services d'Info-Santé (ligne d'information sur la santé), le taux général tombe à 63 p. 100, avec 10 régions et sous-régions qui signalent moins de 50 p. 100 d'accès en anglais. Moins de 50 p. 100 des anglophones ont reçu des soins en salle d'urgence et des services en clinique externe en anglais dans 10 régions et sous-régions. Cela a aussi été le cas dans 8 des 19 régions et sous-régions pour les séjours à l'hôpital⁴³.

Près d'un anglophone sur cinq hésitait à demander des services en anglais dans 13 des 19 régions et sous-régions (y compris Montréal-Est)⁴⁴. Les raisons qu'ont citées la plupart d'entre eux était la crainte que la demande impose un fardeau au personnel (24,7 p. 100) ou provoque un retard dans le service (22,3 p. 100).

Sous-représentation dans l'effectif du réseau de santé et de services sociaux

Comme pour la plupart des communautés de langue officielle du Canada, la proportion de Québécois anglophones qui ont des titres de compétence de niveau postsecondaire dans le domaine de la santé est nettement inférieure à celle de la communauté majoritaire⁴⁵. Le taux de chômage chez les anglophones dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec est nettement inférieur à celui de la majorité francophone dans chacune des régions administratives. La sous-représentation des anglophones dans l'effectif est considérée comme étant liée à la sous-utilisation des services publics par les anglophones et à la faible participation des communautés aux structures de gouvernance des institutions publiques dans de nombreuses régions⁴⁶.

ÉVOLUTION DU RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

INCIDENCE DES RÉFORMES DU SYSTÈME SUR LES ÉTABLISSEMENTS QUI DESSERVENT LA POPULATION

D'EXPRESSION ANGLAISE

La transformation du réseau de santé et de services sociaux du Québec a modifié l'infrastructure communautaire, y compris les institutions qui servent toujours les communautés minoritaires d'expression anglaise. La réforme du réseau de santé et de services sociaux depuis une dizaine d'années a entraîné le regroupement de nombreuses institutions historiques. Les garanties législatives de services en anglais ont assuré le maintien par les institutions d'un mandat reconnu de servir la population d'expression anglaise.

⁴² CCCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, Tableaux : p. 128-132.

⁴³ Ibid., Tableaux : p. 128-132.

⁴⁴ Ibid., Tableau : *Réclamer le service en anglais – Degré d'aisance*, Québec, 2005, p. 133.

⁴⁵ Ibid., Tableau : *Qualifications en santé – Niveau collégial (IMM)*, Canada, 2001, p. 158.

⁴⁶ Ibid., Tableau : *Personnes employées dans le secteur de la santé (IMM)*, Québec, 2001, p. 164.

Voilà qui est conforme à d'autres données qui confirment que plus de 60 p. 100 des Québécois d'expression anglaise pensent que l'avenir de leur communauté régionale d'expression anglaise est menacé³⁶. De plus, 30 p. 100 des jeunes anglophones en situation minoritaire âgés de 18 à 30 ans ne pensent pas qu'ils vivront encore dans la même municipalité dans cinq ans³⁷.

Réseaux de soutien social

Les réseaux de soutien social contribuent au sentiment qu'une personne de maîtriser sa vie et stimulent la vitalité d'une collectivité. Une grande majorité des Québécois anglophones se tournent d'abord vers leur famille et leurs amis en cas de maladie (80 p. 100) plutôt que de recourir aux services d'un établissement public (10,7 p. 100)³⁸. Les communautés minoritaires d'expression anglaise l'emportent largement sur toutes les autres communautés de langue officielle du Canada au plan du nombre total d'heures non rémunérées d'assistance fournie à des aînés³⁹. Le taux de soins non rémunérés dans 9 régions administratives est d'au moins 50 p. 100 plus grand dans les communautés minoritaires d'expression anglaise que dans les communautés majoritaires⁴⁰.

Recours aux services de santé

Une étude de Santé Canada brosse un portrait révélateur du recours au système de santé par les Québécois anglophones. Les Québécois anglophones ont été comparés à la majorité francophone du Québec, aux minorités de langue française de l'extérieur du Québec et aux Anglo-canadiens au plan de l'utilisation qu'ils font des services de santé. Les anglophones du Québec ont obtenu la plus faible cote de tous les groupes en ce qui a trait à la présence d'un médecin de famille, à l'utilisation des services hospitaliers et à la difficulté à consulter un spécialiste. On a constaté un écart significatif dans les notes attribuées à la qualité des soins de santé et à la satisfaction à l'égard de la façon dont les soins sont dispensés, à la qualité des soins communautaires et leur satisfaction à cet égard, en tenant compte de paramètres importants comme l'âge, le sexe, le milieu de vie (rural ou urbain), l'état de santé auto-déclaré, les problèmes de santé chroniques, l'éducation, la situation professionnelle et le revenu⁴¹.

Accès aux services sociaux et de santé en anglais

L'accès à la gamme des services sociaux et de santé en anglais dépend du type de service offert et varie grandement d'une région à l'autre. De façon générale, une majorité des citoyens anglophones reçoivent des services en anglais d'un médecin d'une clinique privée ou d'un cabinet privé. Moins de 50 p. 100 des

³⁶ Jack Jedwab, *Unpacking the Diversity of Quebec Anglophones*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, novembre 2006, non publié, p. 5. Il s'agit d'un rapport commandé par le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux qui analyse les résultats du sondage RCSSS-CROP sur la vitalité des communautés, 2005.

³⁷ Ibid., p. 9.

³⁸ CCCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, Tableau : *Source de soutien en cas de maladie*, Québec, 2005, 2007, p. 126.

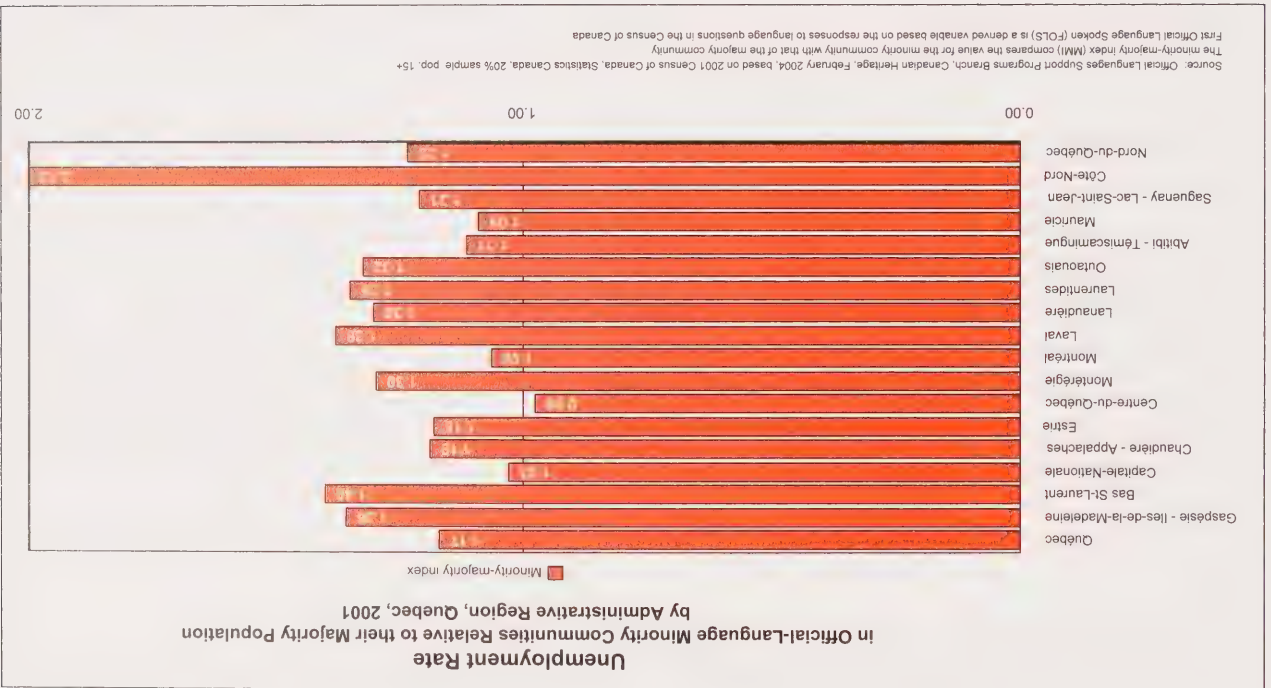
³⁹ Ibid., Tableau : *Soins prodigués sans rémunération aux personnes âgées (IMM)*, Canada, 2001, p. 138.

⁴⁰ Ibid., Tableau : *Soins prodigués sans rémunération aux personnes âgées (IMM)*, Québec, 2001, p. 139.

⁴¹ Elena Tipenko, *Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities (OLMC)*, document de travail, DMSAD, Santé Canada, 2006.

Chômage

Les minorités de langue anglaise du Québec sont en deuxième place au Canada, après le Nouveau-Brunswick, au plan du taux de chômage qui est plus élevé que dans les communautés majoritaires voisines. Alors que les francophones du Nouveau-Brunswick affichent un taux de chômage supérieur de 25 p. 100 à celui des anglophones du Nouveau-Brunswick, les Québécois d'expression anglaise présentent un taux de chômage 17 p. 100 plus élevé que celui des communautés francophones³³. Les communautés minoritaires d'expression anglaise affichent un taux de chômage nettement supérieur à celui des communautés francophones environnantes dans 8 régions, soit un taux d'au moins 30 p. 100 de plus que celui de la majorité³⁴.



TAUX DE CHÔMAGE, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, DANS LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION MAJORITAIRE, QUÉBEC, 2001
(INDICE DE MINORITÉ-MAJORITÉ)

Environnements sociaux et cohésion sociale

Les environnements sociaux sont le reflet de la vitalité civique et du sentiment d'appartenance. Les Québécois d'expression anglaise ont affiché le plus faible taux de sentiment d'appartenance à une communauté locale (67 p. 100), comparativement aux francophones du Québec et du reste du Canada ainsi qu'aux Anglo-canadiens³⁵.

³³ Ibid., Tableau : Taux de chômage (IMM) - Canada, 2001, p. 67.

³⁴ Ibid., Tableau : Taux de chômage (IMM), Québec, 2001, p. 68.

³⁵ Ibid., Tableau : Sentiment d'appartenance à la communauté locale, p. 87.

ANGLOPHONES, CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE, VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR

STATISTIQUE CANADA

Proportion de chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)	Total %	Anglophones	Francophones	Indice de minorité ³⁰ / majorité
Québec (province)	34,1	36,5	33,7	1,08
*Bas-Saint-Laurent	30,2	59,1	30,1	1,96
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	32,1	46,7	32,0	1,46
Québec	32,3	42,0	32,1	1,31
*Mauricie et Centre-du-Québec	32,9	35,4	33,0	1,07
Estrie	27,6	35,9	26,8	1,34
Montréal	43,5	41,0	44,3	0,93
Outaouais	31,7	29,5	32,0	0,92
Abitibi-Témiscamingue	30,6	31,5	30,5	1,03
Côte-Nord	25,5	20,3	26,4	0,77
*Nord-du-Québec	30,3	s.o.	30,4	s.o.
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	30,1	23,8	31,1	0,76
Chaudière-Appalaches	25,1	17,4	25,2	0,69
Laval	28,8	32,8	28,4	1,15
Lanaudière	31,1	36,9	31,0	1,19
Laurentides	30,4	21,9	31,0	0,71
Monterégie	30,3	30,3	30,2	1,02

Faible niveau de scolarité

En ce qui concerne le niveau de scolarité, les communautés minoritaires d'expression anglaise dans les régions éloignées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des proportions plus élevées de membres de la communauté sans diplôme d'études secondaires que dans les régions plus urbaines³¹. Dans six régions, le taux de non-achèvement des études secondaires est plus élevé que dans les collectivités majoritaires³².

²⁹ JW COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, Statistique Canada, Recensement canadien de 2001. Les données pour les régions marquées d'un astérisque sont à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille des échantillons. La région du Nord-du-Québec englobe les populations criées et inuites.

³⁰ L'indice de minorité-majorité compare la proportion des anglophones chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu par rapport au même groupe démographique dans la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion de personnes anglophones chefs de famille monoparentale vivant sous le seuil de faible revenu et la proportion des personnes de la communauté d'expression française d'une région vivant dans la même situation.

³¹ CCCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, Tableau : *Personnes sans diplôme d'études secondaires (IGR-prov.)*, Québec, 2001, 2007, p. 61.

³² Ibid., Tableau : *Personnes sans diplôme d'études secondaires (IMM)*, Québec, 2001, p. 59. Les communautés sont en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Laval, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nord-du-Québec.

ANGLOPHONES SEULS VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR STATISTIQUE CANADA

Proportion de personnes seules vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) ²⁶	Total %	Anglophones	Francophones	Indice de minorité ²⁷
Québec (province)	41,8	42,8	41,4	1,03
*Bas-Saint-Laurent	41,2	34,8	41,2	0,84
*Saguenay-Lac-Saint-Jean	41,1	30,4	41,2	0,74
Québec	43,9	41,9	43,9	0,96
*Mauricie et Centre-du-Québec	43,1	38,6	43,1	0,90
Estrie	39,2	35,6	39,5	0,90
Montréal	46,3	45,3	46,1	0,98
Outaouais	36,4	35,0	36,6	0,96
Abitibi-Témiscamingue	38,3	43,2	38,1	1,13
Côte-Nord	33,2	31,3	33,3	0,94
*Nord-du-Québec	33,5	66,7	33,0	2,02
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	41,5	34,8	42,4	0,82
Chaudière-Appalaches	36,5	45,5	36,5	1,25
Laval	39,5	45,1	38,7	1,16
Lanaudière	37,7	45,4	37,5	1,21
Laurentides	37,1	32,8	37,4	0,88
Montréal	37,2	36,0	37,3	0,96

Les familles monoparentales sont vulnérables au plan de la sécurité du revenu. C'est le cas des communautés minoritaires d'expression anglaise. Alors que 36,5 p. 100 des familles monoparentales d'expression anglaise vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, le pourcentage se situe à 33,7 p. 100 chez les francophones. Dans la région de Montréal, le taux de familles monoparentales anglophones à faible revenu (41 p. 100 vivant sous le seuil de la pauvreté) est plus élevé que dans les communautés minoritaires d'expression anglaise de la majorité des régions administratives²⁸.

²⁶ JW COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, Statistique Canada, recensement canadien de 2001. Les données pour les régions marquées d'un astérisque sont à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille des échantillons. La région du Nord-du-Québec englobe les populations criées et inuites.

²⁷ L'indice de minorité-majorité compare la proportion des anglophones seuls vivant sous le seuil de faible revenu par rapport au même groupe démographique dans la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion d'anglophones seuls vivant sous le seuil de faible revenu et la proportion des personnes de la communauté d'expression française d'une région vivant dans la même situation.

²⁸ CCCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, Tableau : *Proportion de personnes chefs de famille monoparentale vivant sous le SFR*, 2007, p. 78.

Le revenu et la situation sociale sont considérés comme les plus importants déterminants de la santé. Moins de la moitié des Canadiens de la tranche de revenu la plus basse qualifient leur état de santé de très bon ou d'excellent. Ils sont plus susceptibles de mourir à un plus jeune âge et souffrent de plus de maladies²². Au Québec, les niveaux de revenu faible et très faible sont liés à des facteurs comme notamment : une plus forte incidence de consommation de drogues, des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises, l'insécurité de l'alimentation, le manque d'activités récréatives physiques, l'excès de poids, les problèmes de santé à long terme et le haut niveau de stress psychologique²³.

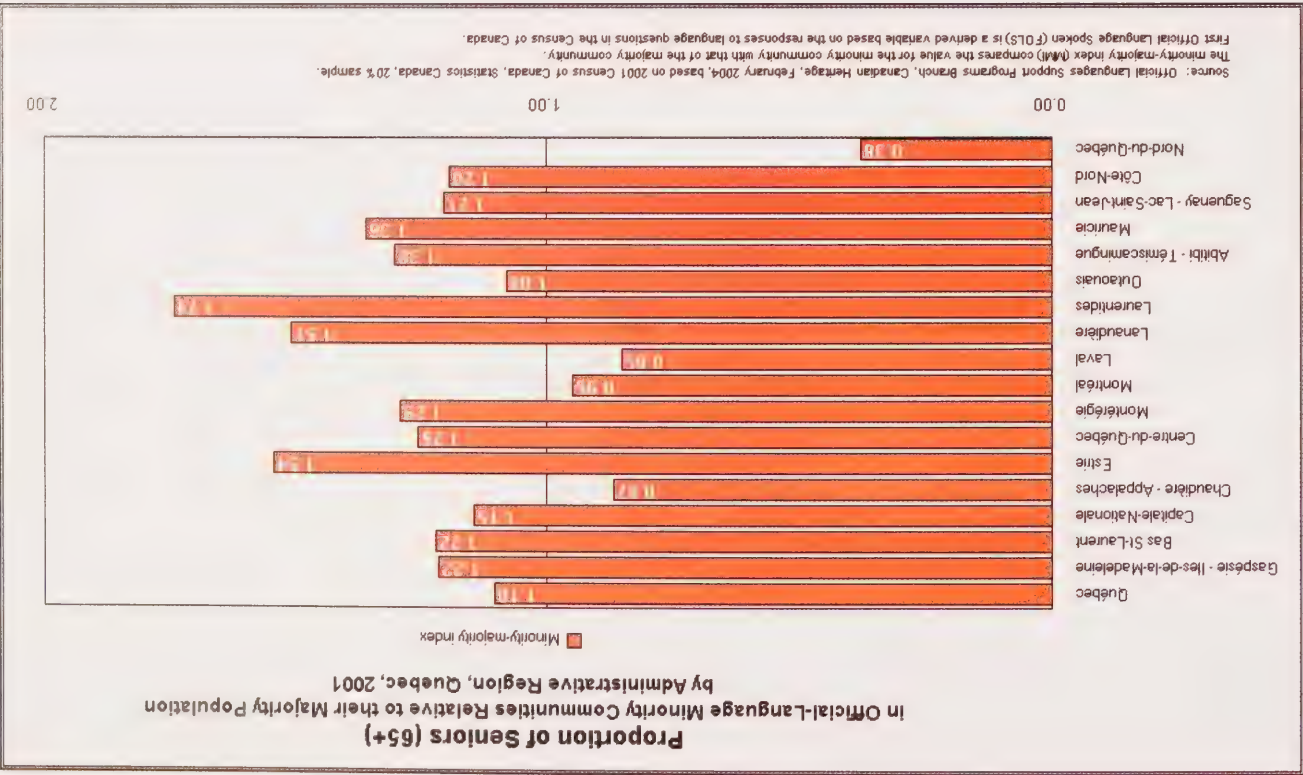
Les Québécois d'expression anglaise sont 26 p. 100 plus susceptibles que la majorité francophone d'avoir un revenu inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada²⁴. Le taux de faible revenu dans les communautés minoritaires anglophones est plus élevé que dans les communautés francophones dans 15 des 17 régions administratives. L'écart de faible revenu entre les communautés anglophones et francophones dépasse 20 p. 100 dans 7 des 17 régions. Certains groupes démographiques sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé. Parmi les anglophones célibataires, le taux de faible revenu est très élevé alors que 42,9 p. 100 d'entre eux vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada²⁵.

²² Agence de la santé publique du Canada, *Santé de la population*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants>. Une présentation des principaux déterminants de la santé cite des données de plusieurs études canadiennes.

²³ Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.
²⁴ CCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux communautés anglophones du Québec, Tableau : *Population dont le revenu est inférieur au seuil établi*, Québec, 2001, 2007, p. 76.

²⁵ Ibid., Tableau : *Personnes seules vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)*, Québec, 2001, p. 77.

« soignante » et représente un groupe intermédiaire absent de bien des communautés minoritaires anglophones, absence attribuée à la migration de sortie survenue entre 1976 et 1986.



PROPORTION, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, D'ÂÎNÉS (65 ANS ET PLUS) DANS LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION MAJORITAIRE, QUÉBEC, 2001

(INDICE DE MINORITÉ-MAJORITÉ)

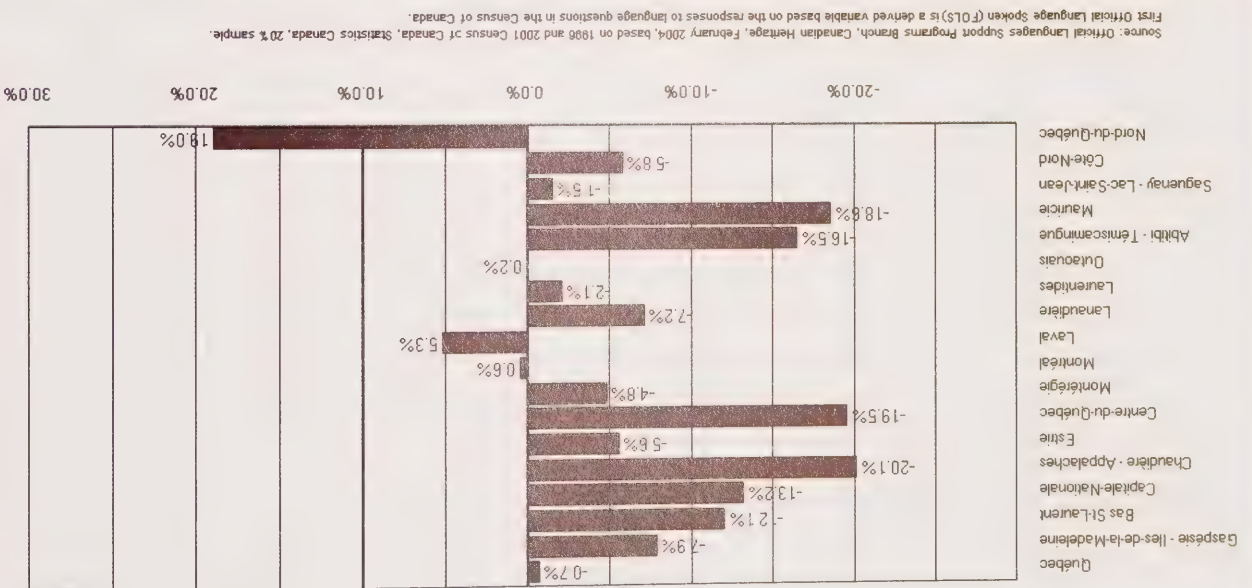
Le tableau compare la proportion d'âînés dans la population anglophone minoritaire de chaque région avec celle de la majorité francophone. Les valeurs supérieures à 1,00 correspondent à l'écart, exprimé en pourcentage, entre la proportion d'âînés dans les communautés minoritaires d'expression anglaise et la proportion d'âînés francophones dans les communautés d'expression française en situation majoritaire.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Il est reconnu qu'un large éventail de personnes et de facteurs collectifs sont liés à l'état de santé. De ceux-là, le revenu et l'éducation, l'emploi, les environnements sociaux, les réseaux de soutien social et l'accès au réseau de santé et de services sociaux sont les principaux.

d'expression anglaise ont connu une chute vertigineuse, avec une baisse de plus de 13 p. 100 sur une période de cinq ans¹⁸.

Change in Proportion
in Official-Language Minority Communities
by Administrative Region, Quebec, 1996-2001



MODIFICATION DE LA PROPORTION DES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE
PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, QUÉBEC, 1996-2001

Communautés vieillissantes

Les communautés minoritaires d'expression anglaise vieillissent à un rythme plus rapide que les collectivités majoritaires d'expression française dans 13 des 17 régions administratives¹⁹. Dans onze régions, la proportion d'ainés âgés de 65 ans ou plus était de plus de 20 p. 100 supérieure à celle des aînés dans les collectivités majoritaires d'expression française, comparativement à l'ensemble des communautés minoritaires d'expression anglaise²⁰. Les communautés minoritaires d'expression anglaise ont de plus faibles proportions de jeunes (âgés de 5 à 19 ans) et de membres de la génération adulte (âgés de 40 à 59 ans) par rapport à la population totale, comparativement aux communautés francophones²¹. Ce dernier groupe d'âge adulte est appelé la génération

¹⁸ Ibid., Tableau : *Changement de la proportion des minorités de langue officielle, Québec, 1996-2001*, p. 21. La région de la capitale nationale (Québec) a baissé de 13,2 p. 100, la région Chaudière-Appalaches de 20,1 p. 100, le Centre-du-Québec de 19,5 p. 100, l'Abitibi-Témiscamingue de 16,5 p. 100 et la Mauricie de 18,6 p. 100.
¹⁹ Ibid., Tableau : *Personnes âgées dans les minorités de langue officielle (IMM), Québec 2001*, p. 54.
²⁰ Ibid.
²¹ Ibid., Tableau : *Structure par âge (IMM), Minorités de langue officielle du Québec, 2001*, p. 44.

capacité des communautés d'agir dans les régions où elles sont démographiquement désavantagées et le manque d'infrastructure communautaire¹³.

L'accès aux services sociaux et de santé en anglais reste une grande priorité pour les communautés d'expression anglaise du Québec. Que ce soit lorsqu'ils vont consulter un médecin, qu'ils appellent la ligne d'information en santé ou qu'ils rendent visite à un centre local de services communautaires ou un hôpital, une majorité écrasante des citoyens d'expression anglaise (plus de 80 p. 100) affirme qu'il est très important de recevoir les services en anglais¹⁴.

PORTRAIT DE LA VITALITÉ DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Depuis la présentation du portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise dans le rapport au ministre de 2002, de nouvelles connaissances ont été acquises sur la démographie et l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. Un document d'accompagnement préparé accessoirement au rapport comporte un recueil de ces renseignements¹⁵. Ce qui suit est un résumé des données recueillies qui font ressortir la vulnérabilité des communautés minoritaires d'expression anglaise. Les facteurs décrits sont des éléments qui influent sur l'état de santé des communautés. Cette base de données est la clé de la détermination des besoins et des priorités d'action pour accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise.

VITALITÉ DÉMOGRAPHIQUE

Le déclin démographique

Entre 1996 et 2001, les communautés minoritaires d'expression anglaise ont connu la plus importante chute en chiffres absolus (6 873 personnes) comparativement à toute autre communauté de langue officielle en situation minoritaire au Canada¹⁶. En 2001, la population d'expression anglaise du Québec, définie par la première langue officielle parlée, comptait 918 965 personnes. Au Québec, les communautés minoritaires d'expression anglaise ont diminué dans 14 des 17 régions administratives¹⁷. Cinq régions comptant des communautés minoritaires

¹³ ENAP, Rapport final : *Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du Projet d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec (Projet FASSP)*, octobre 2006, p. 11.

¹⁴ Résultats du sondage RCSSS-CROP sur la vitalité des communautés contenu dans le *Rapport de données de base 2005-2006*, Joanne Pocock, RCSSS, février 2006, p. 69-74.

¹⁵ CCCASM, « *Bâtir sur les fondations – Améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec* », recueil des données démographiques et sur les déterminants de la santé relativement aux services de santé et de services sociaux (RCSSS), à l'adresse, <http://www.chssn.org>.

¹⁶ Ibid., Tableau : *Changement de la taille des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Canada, 1996-2001*, p. 18.

¹⁷ Ibid., Tableau : *Changement de la taille des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Québec, 1996-2001*, p. 19.

L'IMPORTANCE DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ EN ANGLAIS

Dans son rapport au ministre de 2002, le CCCASM fait remarquer que la langue est un facteur déterminant dans la prestation fructueuse de services sociaux et de santé. Selon un rapport de Santé Canada, « Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé »⁸. Un large éventail de facteurs influent sur l'état de santé des communautés, dont la langue et la culture. Sous l'angle de la santé de la population, les communautés pourraient être confrontées à des risques additionnels dans un environnement où l'accès à des services adaptés aux plans linguistique et culturel est limité en raison du statut de minorité⁹.

Lorsqu'une gamme de déterminants de la santé et d'indicateurs démographiques sont combinés pour donner une mesure relative de la vitalité de la communauté, on constate que les communautés d'expression anglaise d'au moins dix des seize régions administratives du Québec sont à risque, aux plans linguistique et culturel¹⁰. La tendance va dans le sens d'une hausse de la vulnérabilité, avec la réduction de la taille des communautés minoritaires, d'expression anglaise dans la majorité des régions administratives entre 1996 et 2001¹¹.

D'autres études ont confirmé que les obstacles linguistiques influent sur l'accès et la qualité des soins prodigués aux communautés en situation minoritaire. Les obstacles à la communication peuvent réduire le recours à des services préventifs, accroître le délai de consultation, y compris le nombre d'analyses et la possibilité d'erreurs de diagnostic et de traitement, nuire à la qualité des services qui nécessitent une communication efficace, comme les services sociaux, et réduire la probabilité d'observation du traitement ainsi que la satisfaction des utilisateurs à l'égard des services reçus¹².

En ce qui concerne les communautés minoritaires d'expression anglaise, les obstacles à l'accès restent une grande préoccupation de certaines institutions clés de services sociaux et de santé qui les desservent. Une majorité écrasante de fournisseurs de services et d'organisations communautaires qui participent aux mesures d'adaptation des soins de santé primaires du Plan d'action fédéral ont accordé une grande importance à l'accès comme priorité du système public. La population d'expression anglaise est confrontée à des obstacles à l'accès particuliers, notamment : la pénurie de ressources humaines capables d'offrir les services en anglais; l'absence d'un volume suffisant de demandes de service en anglais dans les régions à faible densité de population pour justifier l'offre de service; la difficulté à planifier les services en raison du manque d'information sur les besoins; les habitudes de recours aux services des citoyens d'expression anglaise qui font que le recours aux services publics se fait le plus souvent dans les situations les plus difficiles; l'ambiguïté quant au cadre juridique entourant la langue de travail (le français) et les garanties législatives de services en anglais; enfin, la faible

⁸ Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, 2001.

⁹ James Carter, *A Community Guide to the Population Health Approach*, Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux (RCSSS), mars 2003, p. 18.

¹⁰ CCCASM, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Santé Canada, 2002, p. 10.

¹¹ Joanne Pocock, *Rapport de données de base 2005-2006*, RCSSS, février 2006, p. 14.

¹² FCFA, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, 2001.

MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE DE 2002

En 2005, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire a entrepris de passer en revue le mandat du Comité. Dans le contexte de ces discussions, il a été convenu qu'un exercice de planification stratégique serait mené pour établir un cadre afin de guider les activités à moyen et à long terme du Comité. Il en est né un Cadre de planification stratégique, lequel a été approuvé en mai 2006. Les priorités immédiates étaient de déterminer les actions à court et à moyen terme nécessaires pour remplir les obligations du *Plan d'action pour les langues officielles* et de combler le vide engendré par l'échéance du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en mars 2007. En même temps, le cadre de planification décrivait des actions et activités à long terme qui feraient progresser les cinq mécanismes recommandés dans le rapport du Comité au ministre en 2001. Avec cette orientation, le CCCASM établit l'assise de la préparation du présent rapport décrivant les priorités de l'action fédérale dans la période à venir.

Ce rapport décrira les progrès qu'ont permis de réaliser les mesures du plan d'action actuel et proposera un plan d'intervention pour les initiatives après 2008. Le plan d'intervention est conforme à la stratégie de viabilité qui guide actuellement les actions pour assurer l'intégration des résultats des investissements actuels et futurs dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec. Au moyen du processus de planification stratégique, le Comité a cherché à s'assurer que ses priorités sont ancrées dans les besoins reconnus des communautés anglophones en situation minoritaire, tout comme les orientations, les politiques et les programmes des partenaires du gouvernement. Cette orientation équilibrée et proactive est considérée comme garantissant le mieux possible les conditions du succès des efforts pour améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés d'expression anglaise du Québec

communautés francophones en situation minoritaire à l'extérieur du Québec dans une optique de stimulation de la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Le Comité consultatif se compose des personnes suivantes :

- deux coprésidents, l'un représentant la communauté minoritaire anglophone et l'autre, le gouvernement du Canada;
- huit membres représentant les communautés anglophones en situation minoritaire;
- des hauts fonctionnaires de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada;
- le coordonnateur national de Santé Canada, article 41, partie VII, et le coordonnateur régional du Québec, au besoin;
- un représentant régional du Québec du ministère du Patrimoine canadien;
- deux co-secrétaires, l'un représentant la communauté minoritaire anglophone et l'autre, Santé Canada.

LE RAPPORT DE 2002 DU COMITÉ

En juillet 2002, le Comité a soumis un rapport au ministre fédéral de la Santé, lequel proposait un plan plurianuel fondé sur cinq mécanismes d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais pour les communautés d'expression anglaise du Québec. Pour atteindre cet objectif, une stratégie complète proposait des mesures de soutien au réseautage communautaire-institutionnel, à l'information stratégique, à l'emploi de la technologie, à l'adaptation des modèles de prestation de services ainsi qu'à la formation et au perfectionnement des ressources humaines.

Le Plan d'action fédéral pour les langues officielles lancé en mars 2003 s'est inspiré de ce rapport. Le Plan appuyait trois mécanismes que proposait le CCCASM : le réseautage communautaire-institutionnel, l'adaptation des modèles de prestation de services (soins de santé primaires) ainsi que la formation et le perfectionnement des ressources humaines. Un financement a été accordé pour la période de 2003 à 2008 pour le réseautage communautaire-institutionnel ainsi que pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines. Les initiatives d'adaptation des soins de santé primaires reçoivent un appui jusqu'en mars 2007. D'ici mars 2008, l'engagement fédéral visant à améliorer l'accès aux services pour les communautés d'expression anglaise du Québec aura été de 30,1 millions de dollars.

Après avoir remis son rapport au ministre, le CCCASM a joué un rôle central dans la mise en œuvre du Plan d'action en désignant les trois organisations mandatées pour exécuter les trois mesures. Le Comité reste l'organe clé pour Santé Canada en ce qui concerne le recensement des mesures prioritaires, la désignation des bénéficiaires futurs des programmes de contribution et la surveillance de la mise en œuvre des mesures du Plan d'action actuel. Pour appuyer ce mandat, le Comité a conçu un cadre de planification stratégique, qui a été l'assise de la mise à jour de la stratégie de 2002

Les Québécois d'expression anglaise travaillent à titre de partenaires dans le réseau québécois de santé et de services sociaux dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et d'accroître la vitalité de leurs communautés. L'intention n'est pas de créer un réseau parallèle de services, mais plutôt de collaborer avec les fournisseurs de soins et le gouvernement dans le but de garantir que les mesures visant à améliorer l'accès des communautés anglophones sont entièrement intégrées dans le nouveau système qui desservira l'ensemble des Québécois.

MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (CCCASM)

En août 1994, le gouvernement du Canada a donné son aval à l'établissement d'un cadre de responsabilisation pour la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles*. Ces dispositions engagent le gouvernement fédéral à stimuler la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire et à assurer la participation des principaux ministères et organismes fédéraux dans leur développement. La *Loi* a été renforcée le 25 novembre 2005 avec l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur les langues officielles (promotion du français et de l'anglais)* visant à faire en sorte que toutes les institutions fédérales prennent des mesures positives pour s'acquitter de leurs obligations et donnant force exécutoire à la partie VII de la *Loi*.

Pour appuyer l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard des communautés de langue officielle en situation minoritaire, le ministre fédéral de la Santé a mis sur pied, en octobre 2000, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire.

Le mandat du Comité figure ci-après :

- conseiller le ministre de la Santé sur des moyens d'accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise du Québec et de stimuler leur développement;
- conseiller le ministre de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada relativement à des questions de coordination des initiatives fédérales en matière de santé;
- exprimer son point de vue sur les initiatives proposées à divers stades de leur élaboration et de leur mise en œuvre dans une optique d'incidence optimale sur les communautés anglophones en situation minoritaire du Québec;
- constituer une tribune pour contribuer à mettre à jour le plan d'action pluriannuel afin de permettre à Santé Canada de s'acquitter de ses obligations en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*;

- conseiller le ministre de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada relativement à la mise en œuvre du Plan d'action fédéral pour les langues officielles;
- assurer la liaison avec les communautés anglophones en situation minoritaire du Québec de manière à faciliter la mise en commun des renseignements et assurer la liaison avec le Comité consultatif des

Ce rapport à l'intention du ministre fédéral de la Santé est une affirmation de l'identité des communautés québécoises d'expression anglaise dont a fait mention le premier ministre Stephen Harper dans le discours qu'il a prononcé à Embarras, Ontario, le 24 mars 2007, en déclarant : « Le succès du Canada en tant que pays repose sur la force de ses valeurs fondatrices et sur l'honnêteté intrinsèque de ses citoyens ». Par cette déclaration, le gouvernement a confirmé son engagement à appuyer le bilinguisme et à soutenir les communautés linguistiques en situation minoritaire⁷.

La santé est une des priorités fondamentales du gouvernement. L'amélioration des résultats pour la santé de tous les Canadiens suppose la prise en compte des inégalités sur le plan de la santé qui caractérisent la population anglophone du Québec considérée comme une des deux communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada. Le rapport indique, preuves à l'appui, les facteurs démographiques et les déterminants de la santé qui agissent sur les résultats pour la santé dans les communautés minoritaires anglophones. En plus de proposer des bases pour de nouvelles initiatives, le rapport définit un plan détaillé pour une nouvelle intervention du fédéral.

L'amélioration de la santé de certains groupes de la population est une priorité fondamentale du ministre fédéral de la Santé. Des initiatives seront mises en route pour améliorer les résultats pour la santé de certains groupes, comme les enfants, les adolescents et les aînés. En comparaison avec les autres Canadiens, ces groupes sont aux prises avec des difficultés particulières. Dans les communautés québécoises d'expression anglaise, cette clientèle vulnérable est confrontée à des difficultés supplémentaires à cause de la langue, de l'isolement géographique, du vieillissement rapide des communautés et de l'incidence élevée de la précarité économique des familles et des jeunes.

Le réseau québécois de santé et des services sociaux se tourne vers les services communautaires. Le gouvernement de la province a reconnu l'existence d'un lien entre les conditions de vie et la santé des Québécois. La santé mentale et la toxicomanie sont les champs d'action de deux des huit programmes clés d'intervention pilotés par les nouveaux services communautaires offerts au Québec. Le modèle québécois est un exemple de structure à adopter pour la nouvelle intervention fédérale destinée à aider les initiatives provinciales qui ciblent ces priorités. Le rapport indique des points d'entrée stratégiques pour les nouveaux investissements fédéraux dans le réseau réformé du Québec qui combleraient les besoins des anglophones. Ces besoins incluent notamment l'accès opportun aux services médicaux spécialisés, surtout pour les patients anglophones des communautés éloignées ou isolées. L'intention du Québec de créer des corridors d'accès aux services de santé spécialisés est un grand pas vers la réduction des temps d'attente et la garantie d'un accès équitable aux soins pour l'ensemble des Québécois. Le rapport indique comment la contribution du fédéral à cette initiative du Québec aidera à faire en sorte que les besoins des anglophones seront pris en compte dans la réorganisation du réseau.

⁷ Discours du premier ministre Stephen Harper à l'occasion du 9^e Banquet de la Francophonie de Prescott et Russell, 24 mars 2007, à Embarras, Ontario.

Recommandations

Il est proposé que :

19. une contribution fédérale soit fournie aux communautés d'expression anglaise du Québec pour appuyer leur participation au plan de santé publique du Québec lançant de nouvelles initiatives de santé publique aux niveaux provincial, régional et local;
20. l'Agence de la santé publique du Canada fasse activement la promotion des communautés minoritaires d'expression anglaise en tant qu'intervenants dans l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

- l'établissement de chaires universitaires et de programmes de formation pour recruter de jeunes chercheurs;
- l'élaboration de programmes conjoints de financement de la recherche engageant des ministères fédéraux et des organes de recherche;
- la promotion de protocoles d'accès aux données en collaboration avec Statistique Canada;
- la mise en œuvre d'un programme de financement afin d'accroître la capacité de la communauté de créer des connaissances, de stimuler la recherche et de participer aux partenariats de recherche;
- une stratégie pour lier la recherche entre les communautés de langue officielle en situation minoritaire et avec les universités du Québec ainsi que les organes de financement;
- un programme de financement propre à appuyer le transfert du savoir grâce à des partenariats entre les établissements d'enseignement et les communautés minoritaires anglophones dans le but de favoriser l'application optimale des nouvelles connaissances.

PROMOTION DE LA TECHNOLOGIE POUR MIEUX SERVIR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES D'EXPRESSION ANGLAISE

Recommandations

Il est proposé que :

17. des enveloppes budgétaires consacrées à la mise sur pied de services aux communautés minoritaires d'expression anglaise soient réservées dans les principaux programmes d'infrastructure comme Infourte Santé du Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et d'autres programmes fédéraux de contribution qui appuient la croissance de Telehealth du Québec;
18. des partenariats interministériels fédéraux avec les collectivités de langue officielle d'expression anglaise appuient l'expansion du rôle de nouveaux centres communautaires d'acquisition du savoir dans la prestation de services sociaux et de santé en anglais. Plus précisément, les fonds augmenteraient la capacité de la communauté de coordonner les programmes de soutien communautaire à distance dans le domaine de la santé publique au moyen de nouveaux réseaux de vidéoconférence.

9. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à la conception de modèles éprouvés de stages et de rétention des professionnels dans les régions;

10. au cours d'une deuxième phase d'initiatives de stages et de maintien en poste, la priorité soit accordée à une mesure ciblée propre à accroître la capacité des programmes d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux à recruter des jeunes anglophones;

11. une deuxième phase de soutien à distance de la communauté soit prolongée afin d'accroître la capacité de fournir des programmes de santé publique aux communautés minoritaires d'expression anglaise isolées ou mal desservies. La priorité devrait être donnée à une évaluation des pratiques exemplaires et de l'incidence des mesures sur l'offre de services en anglais;

12. une deuxième phase de soutien à distance des professionnels soit financée afin d'accroître, en conformité avec la création de corridors d'accès aux services de santé spécialisés et ultraspécialisés, la capacité d'accès à chaque réseau universitaire intégré de santé;

13. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines favorise l'acquisition du savoir et de nouvelles méthodes d'évaluation et soutienne un programme de promotion de la recherche;

14. un nouvel investissement en formation et en développement des ressources humaines propose les technologies de l'information comme moyens d'appuyer le perfectionnement professionnel grâce à la mise en réseau des professionnels de la santé et des services sociaux desservant les communautés minoritaires anglophones éloignées ou isolées et des autres professionnels desservant les anglophones.

PROMOTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE

Recommendations

Il est proposé que :

15. un plan d'action fédéral soit établi, avec des fonds réservés à la recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire;

16. un plan d'action fédéral comporte les éléments suivants :

○ des engagements ministériels coordonnés de financement de la recherche;

○ une politique nationale de promotion des communautés de langue officielle en situation minoritaire comme domaine de recherche afin de pousser les organes de financement de la recherche à ouvrir des concours;

5. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la conception de nouveaux modèles de prestation de services pour les communautés d'expression anglaise, conformément aux cinq domaines stratégiques d'intervention, afin d'assurer la durabilité des effets des mesures d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Ces domaines sont :
- le soutien des institutions tenant le rôle d'incubateurs de nouveaux modèles en vue de leur éventuelle intégration dans le système;
 - de vastes interventions dans le système qui optimisent l'incidence des mesures d'amélioration dans le réseau de santé et de services sociaux, comme Info-Santé et Info-Social, et les systèmes d'information de la clientèle;
 - l'adaptation des projets cliniques et organisationnels;
 - l'adaptation des corridors de service et des réseaux universitaires intégrés de santé;
 - l'adaptation des programmes de prévention et de promotion.
- MAINTIEN ET ACCROISSEMENT DE LA FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
- Recommandations*
- Il est proposé que :
- 6. une contribution fédérale pluriannuelle soit accordée pour la formation et le perfectionnement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec pour appuyer sa capacité de servir les citoyens anglophones dans leur langue;
 - 7. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée à la conception d'un modèle pour documenter et évaluer l'incidence de la formation linguistique à la lumière de différentes variables et leurs effets sur l'offre de services en anglais;
 - 8. au cours d'une deuxième phase de formation linguistique, la priorité soit accordée, d'une part, à l'élaboration de mesures de soutien de l'entretien des aptitudes en langue seconde qui englobe les professionnels, les organismes de formation et d'autres intervenants et, d'autre part, à l'intégration dans le milieu de travail des compétences linguistiques acquises par les professionnels inscrits aux programmes;

Quatrième stratégie : Développement des connaissances stratégiques

Le développement des connaissances stratégiques est essentiel pour mobiliser les intervenants engagés dans les initiatives d'amélioration de l'accès aux services en anglais. Un domaine principal d'activités est le développement et la dissémination du savoir comme l'a démontré le réseau provincial. Un deuxième domaine touche la promotion de partenariats de recherche à l'appui des programmes de recherche interuniversitaires, l'établissement d'alliances de recherche entre la communauté et les universités, la mise sur pied de groupes stratégiques de chercheurs et la conception de travaux de recherche appliquée portant sur les réalités des environnements institutionnels et communautaires.

PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS

Le rapport propose un plan d'intervention qui énonce les mesures nécessaires pour améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés québécoises d'expression anglaise.

PLAN D'INTERVENTION

MAINTIEN ET CONSTITUTION DE RÉSEAUX DE COMMUNAUTÉS ET DE PARTENAIRES PUBLICS

Recommandations

Il est proposé que :

1. d'après une évaluation des résultats obtenus, les onze réseaux actuellement financés reçoivent un financement continu et stable après 2007-2008;

2. les communautés vulnérables de 24 autres régions, qui constituent jusqu'à 30 p. 100 de la population d'expression anglaise du Québec, reçoivent un soutien pour le développement de réseaux;

3. les communautés vulnérables incapables de mobiliser les ressources nécessaires pour participer aux appels de proposition de réseau reçoivent un financement spécial pour leur permettre d'accéder à un programme de développement de réseaux.

INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE À LONG TERME DANS DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES AFIN D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES ANGLOPHONES

Recommandations

Il est proposé que :

4. les portions désignées du financement fédéral axé sur l'amélioration de la santé des Canadiens et, en particulier, sur l'appui des initiatives du Québec pour réformer son réseau de santé et de services

Première stratégie : Consolidation de nouveaux réseaux de communautés et de partenaires publics

Des réseaux officiels sont la clé du maintien des améliorations à l'accès et de l'apport de changements organisationnels dans le système pour atteindre les objectifs à long terme. L'engagement des établissements historiques des communautés est un élément de viabilité. L'ouverture du réseau de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins des citoyens anglophones est apparente dans la disponibilité des partenaires publics à établir une relation fonctionnelle avec les communautés. Le réseau provincial est un élément central qui lie divers autres éléments et établit des rapports de collaboration avec le gouvernement et les intervenants institutionnels, comme l'Université McGill.

Deuxième stratégie : Cinq points d'entrée stratégiques pour les mesures destinées à améliorer les résultats pour la santé

Le stade actuel de la réforme du réseau de santé et de services sociaux du Québec offre de nouvelles possibilités d'intégration de mesures visant à améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones. Le ciblage des points d'entrée est perçu comme un moyen efficace de veiller à ce que les mesures prises provoquent un changement organisationnel. L'incubation de nouveaux modèles de services constitue un point d'entrée qui favorise la conception de modèles de services au sein d'organisations novatrices dans le but de les intégrer (ou d'intégrer des versions adaptées) au réseau de santé et de services sociaux.

Un deuxième point d'entrée est une vaste intervention dans le système, laquelle favorise l'apport de changements dans tout le système qui ont une incidence structurelle ou à long terme sur l'accès aux services fournis en anglais. Le programme Info-Santé (ligne d'information sur la santé) et les systèmes de suivi des clients en sont des exemples. Un autre point d'entrée est l'adaptation des projets cliniques et organisationnels d'élaboration de services qui reflètent les caractéristiques et les besoins de la population d'un territoire donné. Il s'agit d'un point d'entrée clé, car il fournit la structure des programmes locaux pour les investissements fédéraux dans les nouveaux secteurs prioritaires, lesquels aideront les initiatives du réseau québécois de services communautaires. Le quatrième point d'entrée est l'adaptation des « corridors de service » des réseaux universitaires intégrés de santé pour veiller à ce que les patients anglophones puissent passer d'un niveau de services médicaux à un autre et être servis en anglais. Les nouvelles ressources fédérales dans ce domaine aideront les efforts que fait le Québec pour garantir à tous, y compris les communautés anglophones, un accès opportun aux services médicaux spécialisés. Enfin, l'adaptation des activités de prévention et de promotion vise à faire en sorte que les communautés minoritaires d'expression anglaise reçoivent des programmes de santé publique en anglais aux niveaux provincial, régional et local.

Troisième stratégie : Guider les politiques publiques et influencer sur les actions du gouvernement

La démonstration de l'incidence des investissements satisfait aux exigences de reddition de comptes et contribue à façonner des politiques publiques qui auront une incidence à long terme sur l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. La stratégie part du principe que les gouvernements et leurs organismes sont d'importants intervenants dans la mise en œuvre de stratégies d'amélioration des services.

d'études dispensés en anglais dans les domaines de la santé et des services sociaux à recruter des étudiants anglophones des niveaux secondaire et collégial.

Un défi organisationnel pour Telehealth au niveau de la prestation de services aux communautés minoritaires d'expression anglaise se rapporte à un système de télécommunications déjà utilisé à pleine capacité qui doit servir de plate-forme pour la prestation de services à distance. Un autre défi consiste à veiller à ce que les « corridors » de service désignés fournis par les réseaux universitaires intégrés de santé ne fassent pas obstacle à l'accès aux programmes de Telehealth pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.

Autres secteurs d'activité non financés par le Plan d'action fédéral

Le rapport décrit les activités dans le domaine de la recherche et de l'information stratégique. Des initiatives de développement des connaissances stratégiques dirigées par des organisations communautaires sont présentées, de même que des partenariats communautaires avec l'Université McGill pour formuler des orientations de la recherche en rapport avec les communautés minoritaires d'expression anglaise. La mobilisation des principaux acteurs dans un domaine qui n'est pas reconnu comme un domaine prioritaire de recherche pose un défi de taille.

En ce qui concerne l'application de la technologie pour améliorer l'accès aux services, le rapport fait remarquer que l'initiative Telehealth, qui engage le réseau de santé et de services sociaux communautaires, l'Université McGill et le Centre universitaire de santé McGill, nécessite un plan de viabilité pour présenter le modèle comme un moyen rentable de fournir les programmes de santé publique aux communautés minoritaires éloignées d'expression anglaise. De même, les projets pilotes du Centre communautaire d'acquisition du savoir (qui utilise les écoles comme points de prestation de services) doivent être validés comme moyen de bénéficier des programmes de soutien communautaire à distance avant que l'investissement puisse être accru pour répandre le modèle vers d'autres communautés.

Les stratégies de promotion de la santé communautaire qu'appuie l'Agence de la santé publique du Canada ont renforcé la capacité des communautés ciblées de cerner les déterminants de la santé dans le but d'accroître la collaboration entre les communautés, les organes de planification et les fournisseurs de services. De nouvelles connaissances sur les communautés minoritaires d'expression anglaise ont été acquises, l'économie sociale a été évaluée comme modèle pour la mise au point de services et un forum provincial a réuni des intervenants qui participent à des initiatives d'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise. Le défi consiste à positionner les communautés pour les investissements futurs prévus dans le nouveau Plan de santé publique du Québec et dans une nouvelle stratégie nationale en matière de santé publique.

PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ : STRATÉGIES EFFICACES

Le rapport présente quatre stratégies interdépendantes constituant le Plan d'intervention proposé, qui vise à améliorer les résultats pour la santé et à accroître la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise au cours de la prochaine période.

réseau. Elle doit fonctionner de manière à ne pas chevaucher les structures institutionnelles de gouvernance ni à transférer le programme de la communauté vers les structures publiques qui risquent de marginaliser les intérêts des communautés minoritaires d'expression anglaise. Les communautés vulnérables posent un troisième défi étant donné que les réseaux actuels ne couvrent que 21 p. 100 de la population d'expression anglaise. Certaines de ces communautés n'ont pas la capacité de se mobiliser pour participer à une initiative de réseautage.

Soins de santé primaires

Les fournisseurs de services et les organisations communautaires participant à 37 projets affirment que les conditions d'accès aux services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires d'expression anglaise se sont améliorées, ce qui a provoqué une hausse de la demande de services. Les projets renforcent la capacité des institutions publiques de servir les communautés minoritaires d'expression anglaise. Il y a augmentation du personnel capable de fournir les services en anglais, les services sont mieux adaptés pour répondre aux besoins et les besoins de la communauté sont mieux connus. Les anglophones sont de mieux en mieux informés des services, tandis que les liens se consolident entre les organisations communautaires et les fournisseurs de services.

Le défi comprend la nécessité d'élaborer des stratégies pour soutenir les résultats des investissements par des projets cliniques et organisationnels, lesquels sont l'élément central de la nouvelle approche populationniste en matière de prestation de services. Compte tenu de la complexité de la réorganisation des services et du changement structurel, une nouvelle stratégie d'investissement doit tenir compte de la réforme pluriannuelle en plusieurs étapes du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Formation et développement des ressources humaines

Le rapport décrit l'importance du rôle de l'Université McGill en tant qu'organisation responsable de la mesure puisqu'elle est l'unique établissement d'enseignement de langue anglaise qui offre une gamme complète de programmes d'études dans les domaines des services sociaux et de santé. L'université ajoute l'importante dimension de la recherche aux diverses initiatives de formation et de développement des ressources humaines qui sont intégrées au réseau de santé et de services sociaux du Québec. Cinq domaines d'activités de projet, dont les activités ont été exécutées en 2005-2006, sont présentes, soit la formation linguistique en anglais, langue seconde, de plus de 1 400 professionnels francophones; les 22 partenariats pilotes de stages pour retenir les professionnels dans les régions; la diffusion d'émissions sur la santé publique par Telehealth à 11 communautés isolées; la conception d'un programme de soutien professionnel à distance; la mise sur pied d'une équipe de recherche interuniversitaire.

Le défi consiste notamment en l'intégration de la formation linguistique dans les priorités de développement des ressources humaines du réseau de santé et de services sociaux du Québec ainsi qu'en l'adaptation des pratiques de stages pour faire en sorte que les institutions publiques continuent de recruter des professionnels anglophones. Il est aussi important que ces professionnels aient des connaissances suffisantes du français. L'exode des jeunes et le sous-emploi des anglophones dans le réseau québécois de santé et des services sociaux sont cités comme des priorités pour une action ciblée dans le but de relever la capacité des programmes

Ce portrait fait ressortir l'étendue de l'accès à la gamme de services sociaux et de santé en anglais en insistant sur les disparités régionales. Il définit pour la première fois le degré d'accès aux services dans l'Est de Montréal. Il relève en outre le phénomène de la sous-représentation des professionnels d'expression anglaise dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec.

Évolution du réseau de santé et de services sociaux du Québec

Le rapport traite de l'incidence des réformes du système sur les institutions qui desservent la population d'expression anglaise. Il décrit les changements aux mandats d'institutions historiques desservant la communauté, de même que la réalité de l'obtention des services en anglais d'institutions francophones dans les régions hors de Montréal. Il souligne aussi les problèmes de l'accès aux services en anglais dans l'Est de Montréal. Bien que le défi de la mobilisation de la communauté pour combler les lacunes persistantes de l'accès demeure, de nouvelles orientations du système québécois, de même que les investissements fédéraux dans le cadre du Plan d'action suscitent un contexte favorable à l'amélioration de l'accès à la gamme de services.

Le rapport décrit aussi les principales caractéristiques des réformes du Québec, dont la création de 95 réseaux locaux de services ainsi que des réseaux universitaires intégrés de santé pour faciliter l'accès aux services médicaux ultraspécialisés et pour coordonner l'enseignement, la recherche et la formation⁶. Il cite la nouvelle stratégie de santé publique au nombre des caractéristiques de la réforme. Il souligne le rôle important des projets cliniques et organisationnels comme caractéristique complémentaire des programmes approuvés d'accès aux services en anglais. Le fait que la réforme du réseau de santé et de services sociaux du Québec coïncide avec les investissements du Plan d'action fédéral offre une occasion d'établir des rapports formels à long terme entre les communautés minoritaires d'expression anglaise et les fournisseurs de services. Une collaboration continue entre les deux niveaux de gouvernement et la reconnaissance des communautés minoritaires d'expression anglaise comme partenaires à part entière sont d'autres conditions relevées pour assurer le succès dans l'affrontement des défis à venir.

BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE 2002

Réseautage et collaboration

Le rapport décrit les onze réseaux officiels qui réunissent les communautés minoritaires d'expression anglaise et fournisseurs de services. Cette activité de réseau a donné, entre autres, les résultats suivants : la production d'une base de connaissances pour chaque réseau; une plus grande participation de la communauté dans le réseau de santé et de services sociaux; le recensement des besoins et des priorités des communautés minoritaires anglophones; une meilleure coordination des divers participants à l'adaptation des services; le recrutement et la coordination de bénévoles; la conception de mécanismes d'information et d'aiguillage; la préparation du terrain pour la réorganisation structurelle à plus long terme et la conception de nouveaux services.

Trois défis sont relevés pour assurer la viabilité continue des réseaux. Cette viabilité des réseaux est tributaire de l'engagement continu des partenaires publics et de la faculté des communautés d'assurer leur capacité de maintenir le rôle de coordination de la communauté. La gouvernance de la communauté est au centre de chaque

⁶ Fait référence au réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

CONTEXTE COMMUNAUTAIRE

Caractéristiques démographiques et déterminants de la santé

Le rapport confirme l'importance de l'offre de services sociaux et de santé en anglais, citant le rôle de la langue et de la culture dans l'éventail des facteurs qui influent sur l'état de santé des communautés minoritaires d'expression anglaise. Un résumé de l'incidence des tendances démographiques de même que des obstacles à l'accès qui ont été recensés confirme la conviction des fournisseurs de services et des organisations communautaires selon laquelle l'accès pour les personnes d'expression anglaise doit être une priorité absolue du système public.

Une base de données est présentée comme fondement pour la détermination des besoins communautaires et des priorités d'action. Le portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise comporte les plus récents renseignements sur les caractéristiques démographiques et les caractéristiques des déterminants de la santé. Le portrait fait état d'un déclin démographique généralisé des communautés, dans la plupart des régions, et d'une chute importante dans certaines régions. Le rapport relève le phénomène des communautés vieillissantes et la perte de membres d'âge adulte qui assurent traditionnellement le soutien social. Il souligne l'importance du revenu comme déterminant de la santé, avec la présentation de groupes vulnérables subsistant au moyen d'un faible revenu. Le portrait des familles à faible revenu est généralisé dans toutes les régions et fait ressortir l'infériorité relative de bien des communautés minoritaires d'expression anglaise comparativement à la majorité d'expression française. Le rapport établit un lien, en outre, entre le faible niveau de scolarité et l'isolement géographique.

Les communautés minoritaires d'expression anglaise affichent généralement un taux de chômage plus élevé que les communautés francophones de leurs régions. Le manque d'emploi est alarmant dans environ la moitié des régions administratives. Dans le contexte national, les communautés minoritaires d'expression anglaise sont en deuxième place, après le Nouveau-Brunswick, au plan du taux élevé de chômage comparativement aux collectivités majoritaires adjacentes.

Le rapport traite de la vulnérabilité des communautés minoritaires anglophones en ce qui a trait aux environnements sociaux et aux réseaux de soutien social. Les renseignements recueillis font ressortir un sentiment moins aigu d'appartenance aux communautés locales comparativement à d'autres groupes. La conviction de la menace qui pèse sur l'avenir des communautés minoritaires anglophones est répandue, et le rapport signale des indices d'exode des jeunes. Il décrit le phénomène du recours répandu à la famille et aux amis en cas de maladie, de même que les taux très élevés de soins non rémunérés aux aînés dans les communautés minoritaires d'expression anglaise, comparativement aux autres groupes.

Le rapport brosse un portrait national révélateur de l'emploi des services de santé par les minorités de langue officielle et les groupes majoritaires. L'étude montre que les communautés minoritaires anglophones ont reçu une cote inférieure à celles de tous les autres groupes en ce qui concerne la présence d'un médecin de famille, le recours aux services hospitaliers et la difficulté de voir un spécialiste. L'étude fait aussi état d'écarts significatifs dans la cotation de la qualité des soins de santé et des services communautaires et de la satisfaction envers ceux-ci.

Le rapport confirme l'identité des communautés d'expression anglaise du Québec dans le contexte de la déclaration du premier ministre Stephen Harper concernant l'engagement du gouvernement envers les communautés minoritaires de langue officielle dans le discours qu'il a prononcé à Embarras, Ontario, en mars 2007. Le rapport propose un plan détaillé pour la nouvelle action fédérale reflétant la priorité fondamentale du ministre de la Santé, soit améliorer la santé de certains groupes démographiques.

Il fait état de points d'entrée stratégiques qui ont été relevés au sein du réseau québécois de santé et des services sociaux où les nouveaux investissements de l'administration fédérale visant à améliorer les résultats pour la santé de certains groupes, comme les enfants, les adolescents et les aînés, peuvent profiter aux communautés. Les difficultés particulières de la clientèle anglophone vulnérable sont indiquées dans le rapport. Par ailleurs, le modèle communautaire québécois y est proposé comme structure pour la nouvelle aide fédérale dans des domaines comme la santé mentale et la toxicomanie.

L'accès opportun des communautés minoritaires anglophones isolées à des soins médicaux spécialisés y est présenté comme une priorité. Les nouvelles ressources fédérales pourraient appuyer le projet de création de « corridors d'accès » aux services médicaux spécialisés pour assurer à la population générale un accès équitable aux soins, y compris aux Québécois d'expression anglaise. Le rapport mentionne que les Québécois d'expression anglaise travaillent à titre de partenaires dans le réseau québécois de santé et des services sociaux dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et d'accroître la vitalité de leurs communautés. L'intention n'est pas de créer un réseau parallèle, mais plutôt de garantir l'intégration complète des services offerts aux anglophones dans le nouveau contexte du réseau québécois de santé et des services sociaux.

MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE DE 2002

En juillet 2002, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM) remettait son premier rapport au ministre fédéral de la Santé. Cinq mécanismes y étaient définis, dont trois étaient financés au niveau fédéral par le *Plan d'action pour les langues officielles*, soit le réseautage communautaire et institutionnel, l'adaptation des modèles de prestation de services (soins de santé primaires) ainsi que la formation et le développement des ressources humaines. En 2006, le Comité a approuvé un cadre de planification stratégique pour recenser des mesures à long terme visant à concrétiser les recommandations du premier rapport et à définir les priorités des mesures fédérales pour la période à venir. Le présent rapport au ministre fait le point sur le portrait des communautés minoritaires d'expression anglaise et décrit le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec. Il passe en revue les résultats du Plan d'action fédéral, en soulignant les défis de la mise en œuvre, et fait état des résultats d'autres mesures qui ne relèvent pas du Plan. Un plan d'action détaillé est présenté comme cadre pour proposer six mécanismes regroupant 20 recommandations d'un plan d'intervention. Le plan aborde les nouveaux défis que comporte l'assurance de la santé et du bien-être des communautés minoritaires d'expression anglaise.

POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE DU QUÉBEC PAR RÉGION ADMINISTRATIVE DU RÉSEAU DE SANTÉ, 2001³

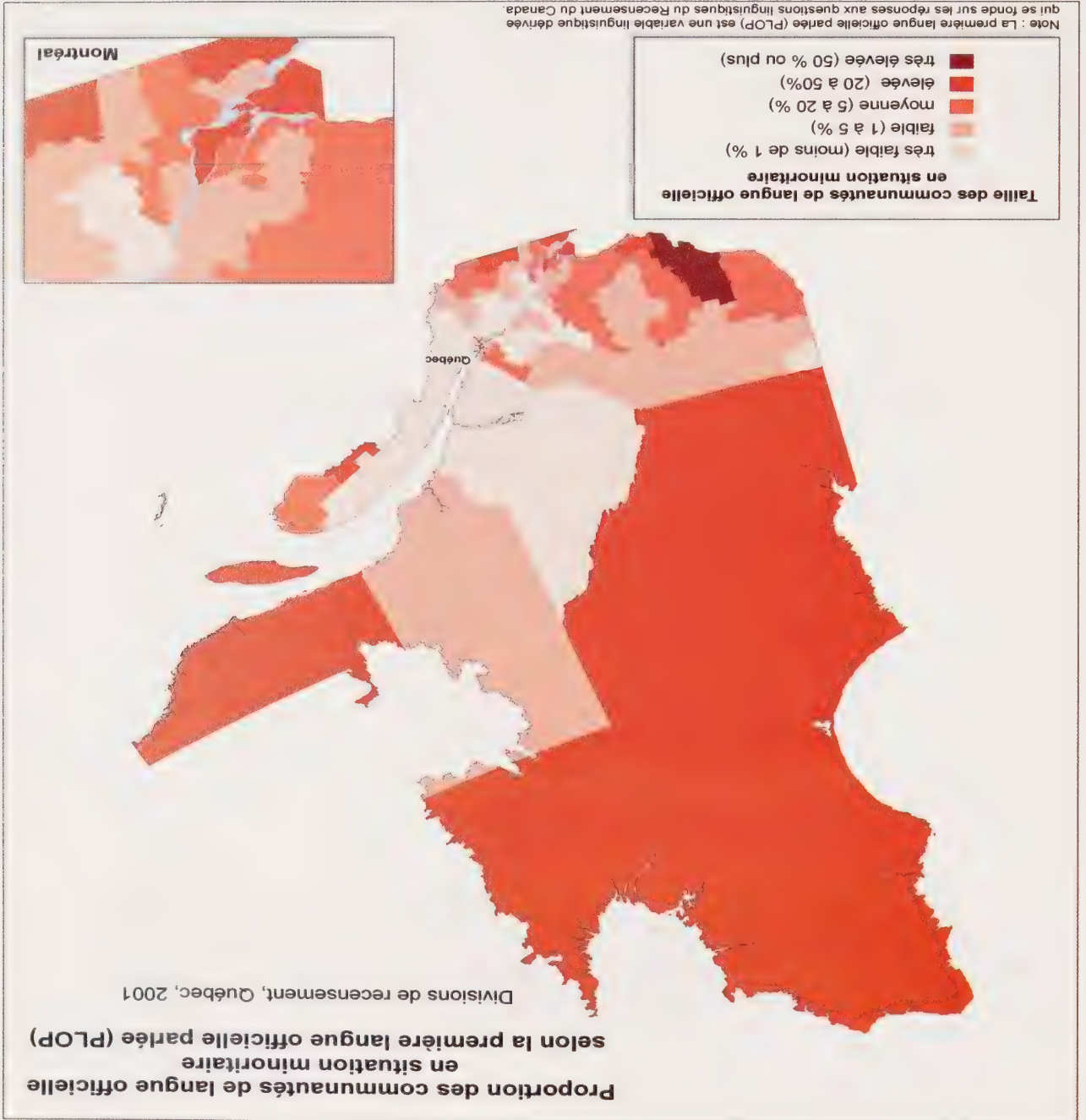
Région administrative du réseau de santé		Nombre d'anglophones (première langue officielle parlée)
Région 01	Bas-Saint-Laurent	
Région 02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 765
Région 03	Québec	11 065
Région 04	Mauricie et Centre-du-Québec	4 885
Région 05	Estrie	23 390
Région 06	Montréal	563 940
Région 07	Outaouais	53 945
Région 08	Abitibi-Témiscamingue	5 315
Région 09	Côte-Nord	5 740
Région 10	Nord-du-Québec	310
Région 11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	9 740
Région 12	Chaudière-Appalaches	2 685
Région 13	Laval	53 385
Région 14	Lanaudière	8 215
Région 15	Laurentides	30 565
Région 16	Montréal	129 125
Région 17 ⁴	Nunavik	5 225
Région 18 ⁵	Terres-Cries-de-la-Baie-James	8 850
TOTAL		918 965

³ Selon la première langue officielle parlée, J W COMM pour le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux, Recensement de 2001 du Canada.

⁴ Population inuite majoritaire.

⁵ Population crie majoritaire.

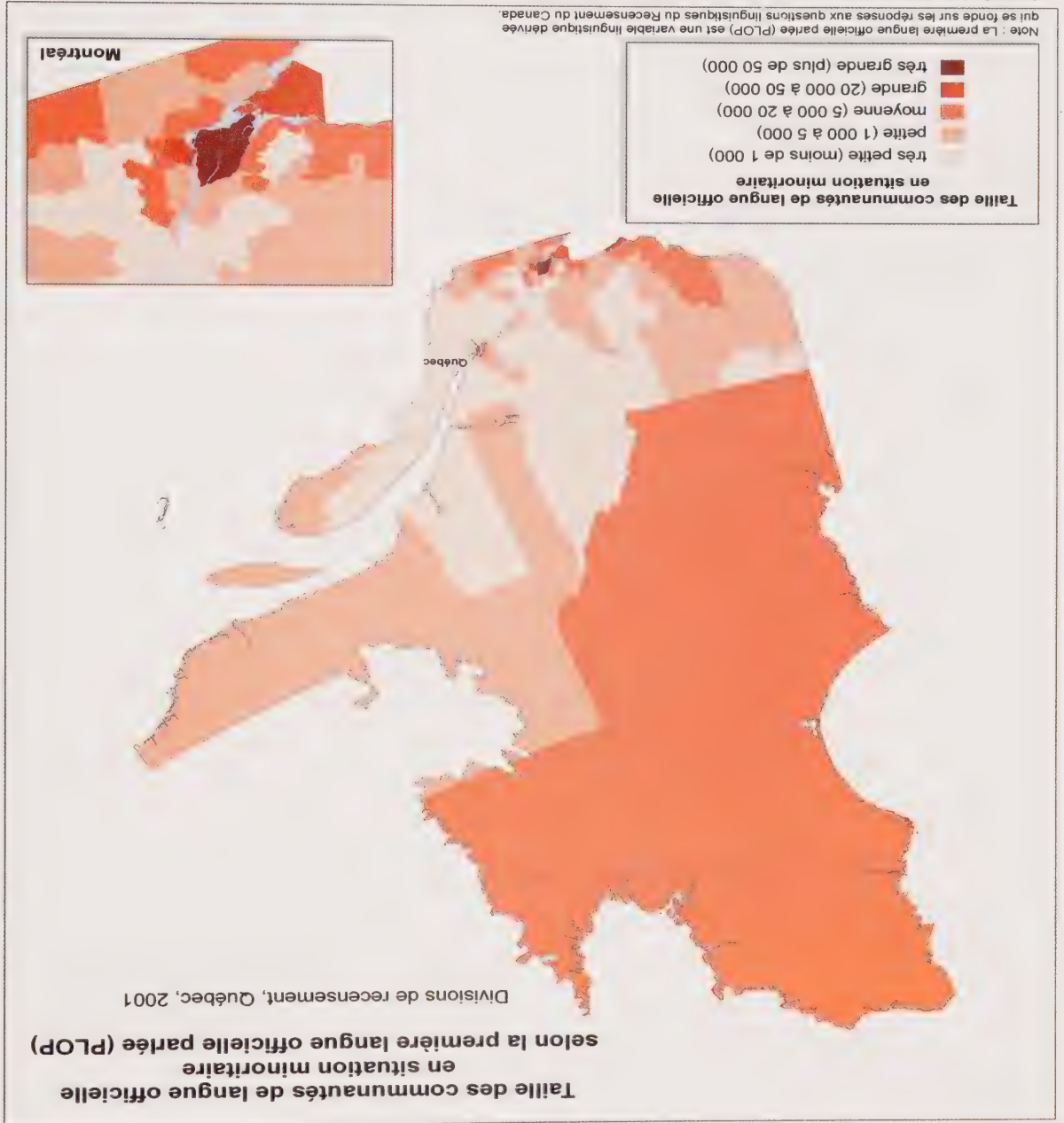
LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC PAR RAPPORT À LA POPULATION DE LEURS RÉGIONS²



Carte produite par l'équipe de recherche, Programmes d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien, octobre 2006

² La grande région en rouge en partie supérieure gauche de la carte englobe les populations criées et inuites.

TAILLE DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC¹



Carte produite par l'équipe de recherche, Programmes d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien, octobre 2006

¹ La grande région en rouge en partie supérieure gauche de la carte englobe les populations criées et inuites.

Activités non financées par le Plan d'action fédéral	52
Bâtir les fondations : recherche et information stratégique.....	52
Bâtir les fondations : technologie.....	54
Bâtir les fondations : Santé de la population	56
PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ : STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS	57
Première stratégie : consolidation de nouveaux réseaux de communautés et de partenariats publics.....	57
Deuxième stratégie : cinq points d'entrée stratégiques pour les mesures visant à améliorer les résultats pour la santé	58
Troisième stratégie : guider les politiques publiques et influencer sur les actions du gouvernement	62
Quatrième Stratégie : développer des connaissances stratégiques.....	63
BESOINS, PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS.....	65
Plan d'intervention.....	65
Maintien et constitution de réseaux de communautés et de partenaires publics	65
Investissement stratégique à long terme dans de nouveaux modèles d'organisation de services dans le but d'améliorer les résultats pour la santé dans les communautés anglophones minoritaires	66
Maintien et accroissement de la formation et du perfectionnement des ressources humaines.....	67
Promotion de la recherche et de l'information stratégique.....	70
Promotion de la technologie pour mieux servir les communautés minoritaires d'expression anglaise	71
Promotion de stratégies de santé publique et de santé de la population pour les communautés minoritaires d'expression anglaise.....	72
BIBLIOGRAPHIE	73

TABLE DES MATIÈRES

6	LES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC.....
9	RÉSUMÉ.....
9	Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada.....
9	Mise à jour de la stratégie de 2002.....
10	Contexte communautaire.....
11	Bâtir les fondations : résultats de la stratégie de 2002.....
13	Plan d'action détaillé : stratégies efficaces.....
15	Priorités et recommandations.....
20	INTRODUCTION.....
20	Les nouvelles priorités du gouvernement du Canada.....
21	Mandat du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCSM).....
22	Le rapport de 2002 du Comité.....
23	Mise à jour de la stratégie de 2002.....
24	CONTEXTE COMMUNAUTAIRE.....
24	L'importance de l'offre de services sociaux et de santé en anglais.....
25	Portrait de la vitalité des communautés minoritaires d'expression anglaise.....
25	Vitalité démographique.....
27	Déterminants de l'état de santé.....
33	Évolution du réseau de santé et de services sociaux du Québec.....
33	Incidence des réformes du système sur les établissements qui desservent la population d'expression anglaise.....
35	Le nouveau contexte du réseau de santé et de services sociaux du Québec.....
37	BÂTIR LES FONDATIONS : RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE 2002.....
38	Activités financées par le Plan d'action fédéral.....
38	Bâtir les fondations : Réseautage et collaboration.....
43	Bâtir les fondations : soins de santé primaires.....
46	Bâtir les fondations : formation et développement des ressources humaines.....

L'honorable Tony Clement
Ministre de la Santé
Chambre des communes
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

Monsieur le Ministre,

À titre de coprésidents du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, nous avons le plaisir de soumettre le présent rapport à votre examen.

Le premier rapport du Comité consultatif a été présenté en juillet 2002 et dressait un tableau de la situation du million d'Anglophones du Québec sous l'angle de leurs caractéristiques démographiques et de leur accès aux services de santé et aux services sociaux. Le rapport présentait également des recommandations en vue d'améliorer l'accès aux services de santé en anglais au Québec, recommandations qui ont pour la plupart été financées et mises en oeuvre au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008.

Ce deuxième rapport fait le point sur les changements intervenus dans les communautés anglophones en situation minoritaire depuis la publication du premier rapport, décrit dans ses grandes lignes l'évolution des services de santé et des services sociaux offerts au Québec et synthétise les résultats des initiatives prises en vue d'améliorer l'accès aux services en anglais à la grandeur du Québec au cours des cinq dernières années. Le rapport évalue également les besoins et les priorités actuels des communautés anglophones en situation minoritaire et présente une série de recommandations qui visent à exploiter les progrès accomplis à ce jour et à améliorer les retombées des interventions dans le domaine de la santé pour les minorités anglophones du Québec.

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre des membres et des organisations des communautés et entre des professionnels de la santé et des établissements. La contribution de ces divers intervenants démontre bien leur engagement inébranlable à améliorer l'état de santé et la vitalité des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec. Nous serions ravis de vous rencontrer pour vous présenter notre rapport et échanger des idées sur toute démarche future susceptible d'aider les communautés de langue anglaise en situation minoritaire dans le secteur de la santé.

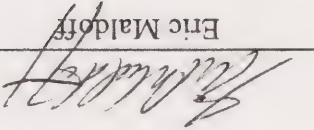
Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre très haute considération.

Marcel Nouvet



Coprésidents

Eric Maldorf



RAPPORT PRÉSENTÉ AU
MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

Préparé par
le Comité consultatif des communautés anglophones
en situation minoritaire

Avec le soutien du
Bureau d'appui aux communautés de langue officielle,
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1903C
Immeuble Jeanne-Mance, pré Tunney
Ottawa, Ontario K1A 0K9

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2007

N° de catalogue : H21-295/2007F
ISBN : 978-0-662-09747-1

« BÂTIR SUR LES FONDATIONS –
AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LA
SANTÉ ET ACCROÎTRE LA VITALITÉ DES
COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU
QUÉBEC »

RAPPORT PRÉSENTÉ AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

SOU MIS PAR
LE COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION
MINORITAIRE

AOÛT 2007



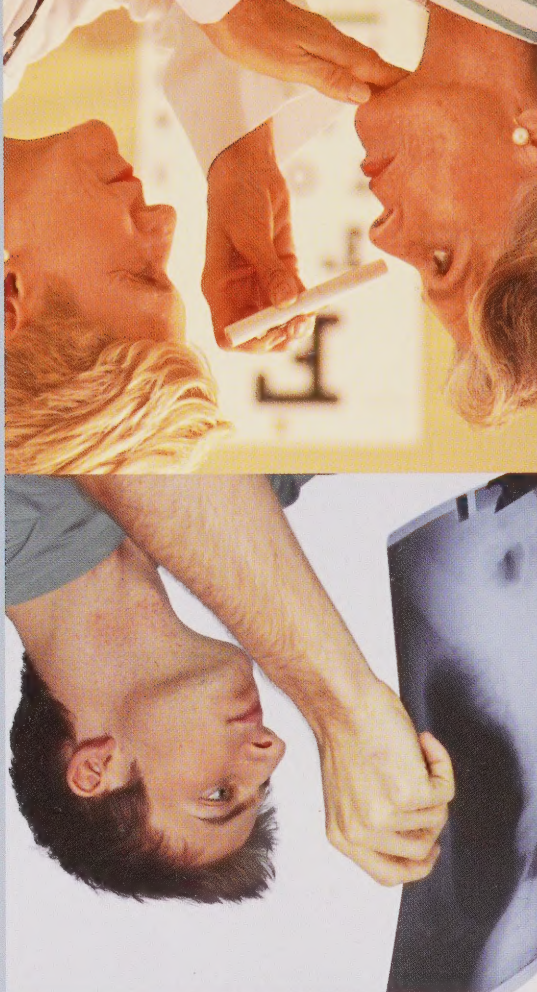
Santé
Canada
Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité...notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

Bâtir sur les fondations – améliorer les résultats pour la santé et accroître la vitalité des communautés anglophones du Québec

Rapport présenté au ministre fédéral de la Santé



Canada